

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur		Je soussigné(e), Docteur
certifie qu'après examen,		certifie qu'après examen,
né(e) le ne présente pas de contre-indication à la		né(e) le ne présente pas de contre-indication à
pratique en cours et en compétition* du :		pratique en cours et en compétition * du :
	☐ Karaté*,	☐ Karaté*,
	☐ Street Fight Défense* (Self Defense)	☐ Street Fight Défense* (Self Defense)
	☐ Full Contact* (Boxe Américaine)	☐ Full Contact* (Boxe Américaine)
	☐ Cardio Fitness*	☐ Cardio Fitness*
Fait à :		Fait à :
le :		le :
Cachet et signature :		Cachet et signature :

WATEKAN

*rayez la mention inutile

*rayez la mention inutile

CERTIFICAT MEDICAL