



Saison 2023-2024

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur
certifie qu'après examen,
né(e) le ne présente pas de contre-indication à la
pratique du :

- Karaté,
- Street Fight Défense
- Full Contact

Fait à :

le :

Cachet et signature :



Saison 2023-2024

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur
certifie qu'après examen,
né(e) le ne présente pas de contre-indication à la
pratique du :

- Karaté,
- Street Fight Défense
- Full Contact

Fait à :

le :

Cachet et signature :