



Saison 20256-2027

CERTIFICAT MEDICAL

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

- ☐ **Karaté***,
- ☐ **Street Fight Défense*** (Self Defense)
- ☐ **Full Contact*** (Boxe Américaine)
- ☐ **Cardio Fitness***

Fait à :

le :

Cachet et signature :

****rayez la mention inutile***



Saison 2026-2027

CERTIFICAT MEDICAL

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

- ☐ **Karaté***,
- ☐ **Street Fight Défense*** (Self Defense)
- ☐ **Full Contact*** (Boxe Américaine)
- ☐ **Cardio Fitness***

Fait à :

le :

Cachet et signature :

****rayez la mention inutile***