CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Dr....., certifie que l'examen médical de
M. / Mme, ne révèle pas de contre-indication à :

- La pratique des AMV et sports de combat en club et en compétition
- La pratique des AMV et sports de combat en club et en compétition combat, pouvant entraîner le K.O.

Observations éventuelles :

Certificat établi à :

Date :

Tampon et signature du médecin :