

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION

PRATIQUE DE COMPETITION AVEC KO AUTORISE

Je soussigné, Docteur.....
(en lettres capitales)

Certifie avoir examiné

M./ Mme : NOM Prénom

Né (e) le :

et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes apparents contre indiquant la pratique de compétition avec KO autorisé.

Fait à :

Le :

Signature et cachet du médecin
(Indiquant lisiblement son nom et adresse)

Nb : Ce certificat médical peut-être indiqué sur le passeport sportif délivré par la FFK