

**CERTIFICAT MÉDICAL KICK-BOXING  
ET DISCIPLINES ASSOCIÉES**

**CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DU KICK-BOXING ET SES  
DISCIPLINES ASSOCIÉES EN LOISIRS ET EN COMPETITION « EDUCATIF, ASSAUT, LIGHT »**

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

(Date de l'examen) :

Certifie avoir examiné M/Mme.....  
(Mentionner le nom et prénom)

Né (e) le : .....

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes apparents contre indiquant la pratique de l'entraînement, du loisirs et des compétitions « Éducatif, Assaut et light » en Kick Boxing et ses disciplines associées.

Fait à : ..... le : .....

Signature et cachet du médecin :