



**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DU
KICK-BOXING ET MUAYTHAÏ EN LOISIRS**

Je soussigné, Docteur(En lettres capitales)

Date de l'examen :/...../.....

Certifie avoir examiné M.....

Né (e) le :.....

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes apparents contre indiquant la pratique de l'entraînement et du loisirs en Kick Boxing, Muaythai et leurs disciplines associées.

Fait à :..... le :.....

Signature et cachet du médecin :