CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DU KICK BOXING, DU MUAY THAI et DES DISCIPLINES ASSOCIEES EN COMPETITION ASSAUT

Je soussigné, Docteur ……

certifie avoir examiné le :……

M……

Né (e) le :……

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes apparents contre indiquant la pratique sportive, du Kick Boxing, du Muay Thaï et de leurs disciplines associées en compétition assaut.

Fait à :…… le :……

Signature et cachet du médecin

Siège social : FFKMDA – 144, avenue Gambetta – 93170 BAGNOLET
Téléphone : 33(0)143605395 – Télécopie : 33(0)143600475
Site : www.ffkmda.fr