



FICHE SANITAIRE DU CLUB

Certificat médical :



JE SOUSSIGNE, Dr _____

AVOIR EXAMINE CE JOUR MR/MME/MLLE _____

ET CERTIFIE QU'IL/ELLE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE INDICATION
AUX PRATIQUES DE LA **MUSCULATION**, DE LA **COURSE A PIEDS**
DES ARTS MARTIAUX ET SPORTS DE COMBATS SUIVANTS :

- JUDO / JUJITSU
- JIUJITSU BRESILIEN / GRAPPLING / LUTA LIVRE / LUTTE Olympique
- MMA / PANCRACE / KEMPO / COMBAT MIXTES
- FULL CONTACT / KICK BOXING / BOXE THAÏ / K-1 / BOXE ANGLAISE

EN LOISIRS.

EN COMPETITION.

AVEC CASQUE.

SANS CASQUE.

Fait pour valoir ce que de droit.

Date et lieu :

Cachet et signature :

