



## ATTESTATION MEDICALE

Je soussigné(e).....

Docteur en médecine, certifie que Monsieur/Madame/Mademoiselle

Nom.....

Prénom.....

Né(e) à ..... le, .....

Domicilié(e) .....

Code postal ..... Commune.....

Ce jour, le .....

ne présente pas de contre-indication physique ou mentale à la pratique du Krav Maga, de la boxe et du MMA (système de combat – self défense)

Fait à ..... le, .....

(signature du médecin)

Cachet