

Je soussigné(e).....

Docteur en médecine, certifie que Monsieur/Madame/Mademoiselle

Nom.....

Prénom.....

Né(e) àle,.....

Domicilié(e)

Code postalCommune.....

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