

# CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur \_\_\_\_\_  
certifie avoir examiné(e) :

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

et que ce dernier/cette dernière est **apte à la pratique du Sanda ou Boxe Chinoise et/ou en compétition classe A ou B.**

Fait pour servir et valoir ce que de droit

Date :

*Signature et cachet du médecin*