

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur _____
certifie avoir examiné(e) :

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

et que cette dernière est **apte à la pratique de la Boxe Training.**

Fait pour servir et valoir ce que de droit

Date :

Signature et cachet du médecin