

**CERTIFICAT MEDICAL  
DE NON CONTRE-INDICATION  
A LA PRATIQUE D'UN SPORT**

Je soussigné(e),

Docteur

Certifie avoir examiné

Mme, Mlle, Mr

Né(e) le :

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique à l'entraînement ou en compétition de la :

- SAVATE BOXE FRANCAISE
- SAVATE FORME
- SAVATE FIT'PUNCH

Observations :

Nombre de cases cochées  1  2  3

A..... le .....

Cachet et signature

**CERTIFICAT MEDICAL  
DE NON CONTRE-INDICATION  
A LA PRATIQUE D'UN SPORT**

Je soussigné(e),

Docteur

Certifie avoir examiné

Mme, Mlle, Mr

Né(e) le :

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique à l'entraînement ou en compétition de la :

- SAVATE BOXE FRANCAISE
- SAVATE FORME
- SAVATE FIT'PUNCH

Observations :

Nombre de cases cochées  1  2  3

A..... le .....

Cachet et signature