

Dr _____

Médecin généraliste

Adresse : _____

Téléphone : _____

N° RPPS : _____

CERTIFICAT MÉDICAL

de non contre-indication à la pratique du Krav-Maga

Je soussigné(e), Dr _____ certifie avoir examiné ce jour :

Nom : _____

Date de naissance : _____

Et ne pas avoir constaté, à la date de cet examen, de contre-indication médicale apparente à la pratique du Krav-Maga et des sports de combat , y compris en compétition (si applicable).

Fait à _____, le ____/____/____

Signature et cachet du médecin :
