



CERTIFICAT MÉDICAL

(Article L231-2 du code du sport)

Je soussigné(e), Docteur

certifie avoir examiné ce jour M. Mme

né(e) le (jj/mm/aaaa) :

et de n'avoir décelé aucune contre-indication à la pratique du Karaté ou du
Krav Maga

en Compétition ou en loisir.

Date (jj/mm/aaaa) :

Signature et tampon du praticien
obligatoire



FÉDÉRATION
FRANÇAISE
KARATÉ