



# 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,  
Karaté-Mix/MMA ou du Krav Maga en Compétition ou en loisir.

Date (jj/mm/aaaa) :

Signature et tampon du praticien  
obligatoires



FÉDÉRATION  
FRANÇAISE  
**KARATÉ**