**EXAMEN MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION**

**À LA PRATIQUE DE LA BOXE, SELF DEFENSE,**

**ARTS MARTIAUX VIETNAMIENS, TAI CHI ET DISCIPLINES ASSOCIÉES**

Je soussigné∙e, Docteur ………………..……………………………………………………..………………….………….

certifie avoir examiné

M./Mme…………………………………………………………………………………………………………………..…..………

né(e) le :…………………………………………………………………………………………………………………………..

et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes apparents contre indiquant la

pratique de la boxe, de la self defense, des arts martiaux vietnamiens et de leurs disciplines associées, en loisir ou compétition (pratique en compétition avec KO autorisé).

Fait à :…………………………………..……………… le :……………………………………..……………….

Signature et cachet du médecin