

**CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION**  
**à la pratique du Kickboxing, Muay Thaï, Pancrace et disciplines associées**  
**en loisirs et en compétition « EDUCATIF, ASSAUT, LIGHT »**  
**(Coups maitrisés et KO non autorisé)**

Je soussigné(e), Docteur .....

Certifie avoir examiné M. / Mme .....

Né(e) le .....

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique de l'entraînement, du loisir et des compétitions « Educatif, Assaut, Light » en Kickboxing, Muay Thaï, Pancrace et disciplines associées.

Fait à : ....., le .....

Signature et cachet du médecin :