FICHE D'INSCRIPTION

CERTIFICAT MEDICAL

NOM DU MEDECIN :

ADRESSE :

TELEPHONE :

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

Mr., Mme, Melle :

née(e) le :

domicilié(e) au :

et certifie qu'il / elle ne présente pas de contre-indications à la pratique des sports de combat suivants : Boxe, Full contact, Kick-Boxing, K-1, Muay Thaï, MMA, Pancrace, Jiu-jitsu brésilien et Grappling en compétition.

Fait à : , le

Cachet et signature du médecin :