



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e).....,

Docteur en médecine, certifie que Mme, M., l'enfant
..... né(e) le/...../.....

ne présente, à ce jour, aucune contre-indication cliniquement
apparente à la pratique de la SAVATE Boxe Française et
SAVATE Forme.

Valable pour les entraînements et pour les compétitions en
assaut.

Fait à, le

Signature et cachet (obligatoire) du praticien