

CERTIFICAT MÉDICAL ANNUEL PRÉALABLE À LA PRATIQUE DES SPORTS EN COMPÉTITION

CERTIFICAT ANNUEL D'APTITUDE

Je, soussigné, Docteur _____, certifie avoir examiné (M, Mme, Mlle) ⁽¹⁾ _____, né(e) le ____ / ____ / _____, demeurant à _____, et appartenant au club **ACBB KARATE**, et n'avoir pas constaté à ce jour de contre-indication à la pratique du Karaté do Kyokushinkai en (entraînement, compétition combat knock-down, compétition technique) ⁽¹⁾.

A _____, le ____ / ____ / 20____
(Cachet et signature)

N.B. : (M, Mme, Mlle) ⁽¹⁾ _____ (porte, ne porte pas)⁽¹⁾ de lentilles de correction.