

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE DU MUAYTHAI**

Je soussigné, Docteur _____
(En lettres capitales)

Certifie avoir examiné le _____
(Date de l'examen)

Certifie avoir examiné _____ Né (e) le _____
(Mentionner le nom et prénom)

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes apparents contre indiquant la pratique du Kick-boxing, du Muaythai, du MMA et de leurs disciplines associées en combat.

Fait à : _____ le : _____

Signature et cachet du médecin