



CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE M.M.A. (Mixed Martial Arts) EN LOISIRS

Je soussigné, Docteur

Date de l'examen :

Certifie avoir examiné M / Mlle

Né (e) le :

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes apparents contre indiquant la pratique de l'entraînement en loisir du M.M.A. (Mixed Martial Arts).

Fait à : le :

Signature et cachet du médecin :