



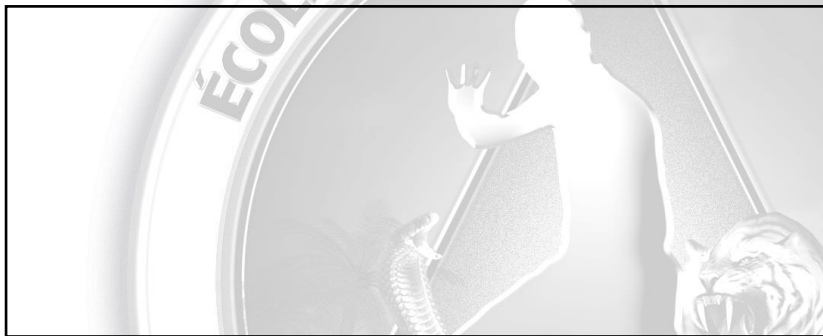
## CERTIFICAT MÉDICAL – SAISON 20\_\_ - 20\_\_

Je soussigné(e) Monsieur ou Madame :

Déclare que Monsieur ou Madame :

**Ne présente aucune contre-indication à la pratique des sports de combat, du Penchak Silat et de la Self-Défense.**

Cachet et signature du Médecin :



Date :

À :

Signature :