



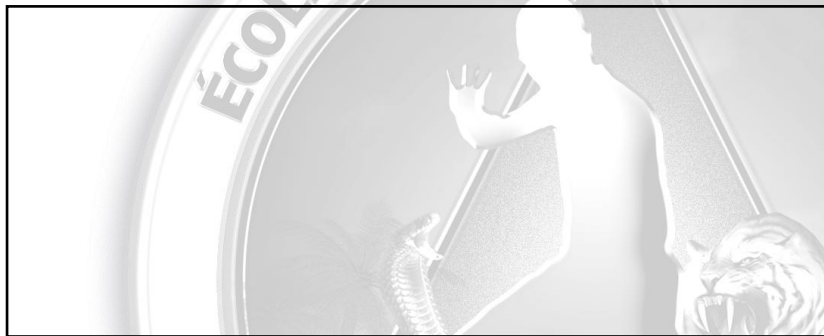
CERTIFICAT MÉDICAL– SAISON 20__ -20__

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 :