



Pencak Silat Tradition & Défense

Club sportif – Association Loi 1901

Pencaksilatdefense95@gmail.com

CERTIFICAT MÉDICAL– SAISON 20__ -20__

Je soussigné(e) Monsieur ou Madame (médecin) : _____

Déclare que Monsieur ou Madame (adhérent) : _____

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

Cachet et signature du Médecin

Fait à :

Date :

Signature de l'adhérent :