



**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DU KICK-BOXING,  
MUAYTHAÏ, PANCRACE et DA EN LOISIRS ET EN COMPETITION « EDUCATIF, ASSAUT, LIGHT »**

Je soussigné, Docteur .....(En lettres capitales)

(Date de l'examen) :

Certifie avoir examiné M.....

Né (e) le : .....

Mr/Melle.....

(Mentionner le nom et prénom)

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes apparents contre indiquant la pratique de l'entraînement, du loisirs et des compétitions « Educatif, Assaut et light » en Kick Boxing, Muaythaï, Pancrace et leurs disciplines associées.

Fait à : ..... le : .....

Signature et cachet du médecin :



Siège social : FFKMDA – 144, avenue Gambetta – 93170 BAGNOLET  
Arrêté de délégation ministérielle : NOR SPOV1313107A  
SIRET: 507 458 735 00028 - CODE APE : 9312Z  
Téléphone : 33 (0)1 43 60 53 95 – Télécopie : 33 (0)1 43 60 04 75  
Site : www.ffkmda.fr

