

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e),, Docteur en médecine, certifie
avoir examiné ce jour Mme /
M.
Né(e)
le
et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique et à l'encadrement de la lutte et des
disciplines associées.

Fait à, le

Signature et cachet du médecin

P.S. : le certificat devra dater de moins d'un an à l'entrée en formation