

CERTIFICAT MEDICAL

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

Fait à , le

Signature et cachet du médecin

P.S. : le certificat devra dater de moins de 3 mois à la date d'entrée en formation