

# CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Dr....., certifie que l'examen médical de  
M. / Mme ....., ne révèle pas de contre-indication à :

- La pratique des AMV, sports de combat, MMA en club et en compétition
- La pratique des AMV, sports de combat, MMA en club et en compétition combat, pouvant entraîner le K.O.

Observations éventuelles :

Certificat établi à :

Date :

Tampon et signature du médecin :