



**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DU  
KICK BOXING, DU MUAY THAI et DES DISCIPLINES ASSOCIEES  
EN COMPETITION ASSAUT**

Je soussigné, Docteur .....

certifie avoir examiné le : .....

M.....

Né (e) le : .....

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes apparents contre indiquant la pratique sportive, du Kick Boxing, du Muay Thai et de leurs disciplines associées en compétition assaut.

Fait à : ..... le : .....

Signature et cachet du médecin

?



Siège Social FFKMDA 144, Avenue Gambetta 93170 BAGNOLET  
Téléphone 33 (0) 1 37 60 53 95 - Télécopie 33 (0) 1 37 60 07 57  
Site [www.ffkmda.fr](http://www.ffkmda.fr)

