

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur

Exerçant à

Certifie avoir examiné

Mme/Mlle/M.....

Né(e) le :

Et n'avoir constaté à ce jour aucune contre-indication médicale à la pratique du Karaté, ainsi qu'aux différentes compétitions.

Cachet du praticien

Fait à

Le.

Signature