



Kali self-défense Le Louroux Béconnais

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU KALI

Je, soussigné Dr _____, Docteur en médecine,
certifie que l'examen de M/Mme _____

Date de naissance : _____ Age : _____

ne révèle pas de contre-indication à la pratique :

- ❖ Du Kali en entraînement et en compétition
- ❖ Du Kali Self-Défense
- ❖ Du Kali Cardio Boxing

Cochez la case correspondante.

Certificat établi à : _____

Date: _____ Signature du Médecin : _____

Tampon du médecin :