



**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION  
A LA PRATIQUE DU KICK-BOXING, MUAY-THAÏ, PANCRACE et DA :**

Je soussigné, Docteur .....

Certifie avoir examiné le : .....

*(En lettres capitales)*

*(Date de l'examen)*

Certifie avoir examiné M..... Né (e) le : .....

*(Mentionner le nom et prénom)*

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes apparents contre indiquant la pratique du Kick Boxing, du Muaythai, du Pancrace et de leurs disciplines associées en combat.

Fait à : ..... le : .....

Signature et cachet du médecin



Siège social : FFKMDA – 144, avenue Gambetta – 93170 BAGNOLET  
Arrêté de délégation ministérielle : NOR SPOV1313107A  
SIRET: 507 458 735 00028 - CODE APE : 9312Z  
Téléphone : 33 (0)1 43 60 53 95 – Télécopie : 33 (0)1 43 60 04 75  
Site : www.ffkmda.fr

