



Association
Brignais Full Contact
Association loi 1901

Certificat médical d'aptitude à la pratique du Full contact

Sport pugilistique de pieds et de poings

N° d'enregistrement W691071966

Je soussigné **Docteur**

Nom :

Prénom :

Dont le cabinet réside au

Numéro de voie ou autre indication :

Nom de la voie :

CP :

Ville :

Avoir **ausculté** :

Nom :

Prénom :

Né le __/__/____ *de sexe Masculin / Féminin

**Rayez la mention inutile*

Certifie que ce patient ne présente à ce jour aucune contre-indication médicale à la pratique du sport Full Contact sport pugilistique de pieds et de poings en loisirs ou compétition.

*Le __/__/____

**Date de délivrance du certificat*

Signature et cachet :