

Boxe Américaine



Certificat Médical de Non Contre-Indication à la pratique de la Boxe Américaine (ou Full contact) en loisir

Je soussigné(e)

Docteur

Demeurant à

Certifie avoir examiné

Mademoiselle

Monsieur

Nom, Prénom :

Né(e) le :

Demeurant à :

Appartenant à l'association sportive: « Full Fighting » CSL Bons-en-Chablais

Et n'avoir pas constaté à la date de ce jour de signes cliniques apparents contre-indiquant

La pratique de le Boxe Américaine (ou Full-contact) pour la saison :

2023/2024

Fait à :

Le :

Cachet du médecin

Signature du médecin