

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION  
A LA PRATIQUE DES SPORTS DE COMBAT ET ARTS MARTIAUX**

Au terme de l'examen en date du ..... / ..... / .....

Je, soussigné Dr.

.....

Certifie que M. Mme.

Nom: .....

Prénom: .....

Date de naissance: ..... / ..... / .....

Adresse: .....

.....

Ne présente pas de contre-indication à la pratique des sports de combat et arts martiaux:

**SARC** Krav-Maga Sambo Karate Mix Aéro-Kick Cross Training  
Kick-Boxing Muay Thai K1 Pancrace Autre: ..... (précisez)

- Hors compétition
- En compétition
- En enseignement
- Sous réserve de l'avis du médecin fédéral
- Avec nécessité de dispositifs de compensation ou d'adaptation sur la personne (handicap permanent—acquis—temporaire), préciser la liste:

.....  
.....

*(rayer les mentions inutiles)*

Remarques éventuelles:

.....  
.....  
.....  
.....

Certificat remis en main propre et valable pour l'année en cours.

Signature et tampon du médecin

Signature du sportif\* précédée de la mention  
« règlement médical et antidopage lu et approuvé »

\* ou de son représentant légal

Cette fiche pourra être accompagnée de tous les documents nécessaires.  
Cette démarche individuelle et soumise au secret médical est conforme aux bonnes pratiques de la médecine sportive et destinée à apporter une information et une aide pour limiter les risques de la pratique du sport.