

Cachet du médecin :

Lieu, Date :

Certificat de non contre-indication à la pratique du Self Défense
« KRAV MAGA »

Je, soussigné Docteur

Certifie avoir consulté ce jour

Né(e) le : à

Son état de santé ne présente aucune contre indication à la pratique du Self Défense « KRAV MAGA ».

Certificat médical établi à la demande de l'intéressé et remis en main propre.

Signature :