



**Certificat Médical**  
**Saison 2020 / 2021**

Je soussigné Docteur

..... atteste  
avoir examiné .....  
le ..... et n'avoir repéré à  
ce jour aucune contrindication médicale à la pratique de la  
Boxe Américaine - Full Contact dans le cadre de la  
pratique loisir.

Cachet du Médecin