

CERTIFICAT MÉDICAL ANNUEL PRÉALABLE À LA PRATIQUE DES SPORTS EN COMPÉTITION

CERTIFICAT ANNUEL D'APTITUDE

- Je, soussigné, Docteur _____, certifie avoir examiné (M, Mme, Mlle)⁽¹⁾ _____, né(e) le ____ / ____ /19____, demeurant à _____, et appartenant au club _____, et n'avoir pas constaté à ce jour de contre-indication à la pratique du Karaté do Kyokushinkai en (entraînement, compétition combat knock-down, compétition technique)⁽¹⁾.

A _____, le ____ / ____ /200__.

(Cachet et signature)

N.B. : (M, Mme, Mlle)⁽¹⁾ _____ (porte, ne porte pas)⁽¹⁾ de lentilles de correction.

CERTIFICAT DE SURCLASSEMENT

- Je, soussigné, certifie avoir procédé aux examens prévus par la réglementation en vigueur, et déclare que (M, Mme, Mlle)⁽¹⁾ _____, est apte à pratiquer la compétition dans la catégorie d'âge ou de poids immédiatement supérieure.

A _____, le ____ / ____ /200__.

(Cachet et signature)

Pour tous renseignements concernant les contre indications officielles absolues ou relatives à la pratique du Karaté do, ainsi que les obligations légales concernant le pratiquant et le médecin concerné :

Fédération **F**rançaise de **K**araté et **A**rts **M**artiaux **A**ffinitaires - Commission médicale
122, rue de la tombe Issoire - 75014 PARIS

Tel - 01 43 95 42 00

(1) Rayez si besoin, la ou les mentions inutiles