

# CERTIFICAT MÉDICAL

Attestant de l'absence de contre-indication à la pratique sportive des arts martiaux

Je soussigné, Docteur

.....

certifie que l'examen de

Madame  
Monsieur  
réalisé ce jour,

Nom : ..... Prénom :

.....

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

Adresse :

.....  
.....

N'a pas mis en évidence de contre-indication apparente à la pratique sportive des

activités suivantes : (rayer la mention inutile)

- tai chi chuan
- wing chun kung fu
- self défense
- Viet vo Dao
- Autres
- La compétition

Contre-indication temporaire :

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

Conformément au décret n° 2016-1387  
du 12 octobre 2016, modifiant les  
conditions de renouvellement du certificat  
médical attestant de l'absence de contre-  
indication à la pratique du sport, ce  
certificat est valable trois ans, sous réserve  
de modification notoire de l'état de santé,  
à partir du ...../...../.....

Certificat établi à .....Le .....

**TAMPON ET SIGNATURE DU MEDECIN (obligatoire)**