



FEDERATION ARTS MARTIAUX AUTONOMES

CERTIFICAT MÉDICAL

(Article L231-2 du code du sport)

Je soussigné(e), médecin

Certifie avoir examiné ce jour



M

Mme



Né(e) le (jj/mm/aaaa) :

Et n'avoir décelé aucune contre-indication à la pratique en compétition ou en loisir.

Taekwondo



Hapkido



Autre discipline (noter la discipline) :

Date (jj/mm/aaaa) :

Signature du Médecin (obligatoire)

Tampon du Médecin (obligatoire)

Données morphologiques facultatives communiquées pour permettre une analyse globale fédérale anonyme :