



CERTIFICAT MÉDICAL

Je, soussigné(e), _____, docteur en médecine à _____

Certifie avoir examiné* **Mme** **Mlle** **M**

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____

En conclusion de cet examen, j'atteste qu'à ce jour,

Mme / Mlle / M.* _____

ne présente aucune contre-indication, cliniquement apparente, à la pratique de la canne de combat et du bâton français en loisir et en assaut / compétition

Date

Cachet

Signature

* Rayer les mentions inutiles