



# 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