



ASSOCIATION  
RONIN FIGHT TEAM

## CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DU SPORT

JE SOUSSIGNÉ(E) : .....

DOCTEUR EN MÉDECINE, CERTIFIÉ AVOIR EXAMINÉ CE JOUR :

MR / MME : .....

NÉ(E) LE : .....

ET N'AVOIR PAS DÉCELÉ DE CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE :

- EN LOISIR
- EN COMPÉTITION

DES SPORTS SUIVANTS :

- KICK-BOXING / K1 / MUAY THAÏ
- JIU-JITSU BRÉSILIEN / GRAPPLING
- MMA / GRAPPLING FIGHT

FAIT À : ..... DATE : .....

SIGNATURE ET CACHET :