



WUSHU
ARTS MARTIAUX
CHINOIS 

CERTIFICAT MÉDICAL

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DES ARTS MARTIAUX CHINOIS.

Je soussigné, Docteur : _____

Certifie que :

Mr, Mme, Mlle : _____
(nom et prénom)

Né(e) le : _____ / _____ / _____

Demeurant à : _____

Ne présente à ce jour, aucun signe cliniquement décelable de maladie ou d'infection, contre-indiquant la pratique des arts martiaux chinois et que la personne est **apte à la pratique du Kung-Fu Wushu et Sanda en Loisirs et en Compétition.**

Fait à : _____ Le : _____

Signature et tampon (obligatoire)

Le présent certificat est valable pour toute la durée de la saison, sauf maladie intercurrente ou accident qui nécessiterait un nouvel examen médical.