

CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL PREALABLE A LA PRATIQUE DES SPORTS EN COMPETITION

CERTIFICAT ANNUEL D'APTITUDE

Je soussigné, Docteur _____, certifie avoir examiné (M., Mme, Melle) ⁽¹⁾ _____, né(e) le ____ / ____ /19____, demeurant à _____ et appartenant au club **Bu Do Karaté Kyokushin**, n'avoir pas constaté a ce jour de contre-indication à la pratique du Karaté Do Kyokushinkai en (entraînement, compétition combat knock-down, compétition technique) ⁽¹⁾.

A _____ le ____ / ____ /200____
(cachet et signature)

N.B. : (M., Mme, Melle) ⁽¹⁾ _____ (porte, ne porte pas) ⁽¹⁾ de lentilles de correction

CERTIFICAT DE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Docteur _____, certifie avoir procédé aux examens prévus par la réglementation en vigueur, et déclare que (M., Mme, Melle) ⁽¹⁾ _____, est apte à pratiquer la compétition dans la catégorie d'âge ou de poids immédiatement supérieure.

A _____ le ____ / ____ /200____
(cachet et signature)

Pour tous renseignements concernant les contre indications officielles absolues ou relatives à la pratique du Karaté Do, ainsi que les obligations légales concernant le pratiquant et le médecin concerné :

Fédération Française de Karaté et Disciplines Associées – Commission médicale
39, rue Barbès - 92120 MONTROUGE
tél. – 01 41 17 44 40

⁽¹⁾ Rayer si besoin la ou les mentions inutiles