

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr _____, docteur en médecine,

certifie que l'examen de M, Mlle, Mme _____

né(é) le : _____

Ne présente pas de contre-indication à la pratique du Krav Maga.

Certificat établi à : _____

Date : _____ Signature médecin : _____

Cachet du médecin

