

# CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL PREALABLE A LA PRATIQUE DES SPORTS EN COMPETITION

## CERTIFICAT ANNUEL D'APTITUDE

- Je, soussigné, Docteur \_\_\_\_\_, certifie avoir examiné (M, Mme, Mlle)<sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_, né(e) le \_\_\_\_\_, demeurant à \_\_\_\_\_, et appartenant au club \_\_\_\_\_, et n'avoir pas constaté à ce jour de contre-indication à la pratique du Karaté do Kyokushinkai en (entraînement, compétition combat knock-down, compétition technique)<sup>(1)</sup> et/ou du Body-karaté.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_.

(Cachet et signature)

N.B. : (M, Mme, Mlle)<sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_ (porte, ne porte pas)<sup>(1)</sup> de lentilles de corrections.

## CERTIFICAT DE SURCLASSEMENT

Je, soussigné, certifie avoir procédé aux examens prévus par la réglementation en vigueur, et déclare que (M, Mme, Mlle)<sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_, est apte à pratiquer la compétition dans la catégorie d'âge ou de poids immédiatement supérieure.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_.

(Cachet et signature)

Pour tout renseignement 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 Arts Martiaux Affinitaires – Commission médicale  
122, rue de la tombe Issoire – 75014 PARIS

Tel- 01 43 95 42 00

(1) Rayez si besoin, les mentions inutiles.