

# CERTIFICAT MÉDICAL

de non contre-indication à la pratique du Kyokushin en Compétition

## MEDICAL CERTIFICATE

*of Kyokushin Competition non contra indication*

Je soussigné, Docteur

*I, the signing medical doctor*

Certifie que Mr, Mme, Mlle

*Certify that Mr, Mrs, Miss*

Né(e) le

*Born*

**Ne présente pas de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du Kyokushin Karate en compétition (après examen médical à la date de ce jour)**

***Has undergone a medical examination and does not present any indication against the practise of kyokushin competitions.***

Fait à

*Place*

Le

(non valide si daté de plus de 3 mois au jour de la compétition)

*Date*

(only valid if dated of less than 3 months)

Signature et cachet

*Signature and stamp*