



CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE SPORTIVE

Saison 2025 / 2026 - Document obligatoire avant tout accès aux tatamis

1. PRATICIEN (MÉDECIN SIGNATAIRE)

Je soussigné(e), Docteur :

Adresse / N° RPPS :

2. IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

Certifie avoir examiné ce jour :

Date de naissance :

Sexe :

M

F

3. APTITUDE PAR DISCIPLINE SPORTIVE

A constaté l'absence de contre-indication apparente à la pratique sportive de :

WUSHU / SANDA (Boxe Chinoise)

Arts martiaux chinois traditionnels, techniques de projections et percussion debout.

MMA (Mixed Martial Arts) & PANCRAÏTE

Combats mixtes complets, techniques debout (percussion/projection) et soumissions au sol.

BOXE PIEDS-POINGS / MUAY-THAÏ / K1

Boxe de combat debout (percussion pieds, poings, coudes et genoux).

Y COMPRIS LA PRATIQUE SPORTIVE EN COMPÉTITION

Je certifie que l'athlète désigné ci-dessus ne présente à ce jour aucune contre-indication médicale apparente à la pratique sportive de la ou des disciplines sélectionnées.

Fait à : _____, le : ___ / ___ / 20__

CACHET & SIGNATURE DU MÉDECIN :

SIGNATURE DE L'ADHÉRENT (OU TUTEUR) :