



**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DU KICKBOXING, MUAYTHAI, PANCRAE et DA EN LOISIRS ET EN COMPETITION « EDUCATIF, ASSAUT, LIGHT »**

Je soussigné, Docteur .....(En lettres capitales)  
certifie avoir examiné M/Mme .....

Né (e) le:.....à .....  
et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes apparents contre indiquant la pratique de l'entraînement, du loisir et des compétitions « Educatif, Assaut et light » en kickboxing, muaythai, pancrace et leurs disciplines associées.

Fait à :..... le :.....  
Signature et cachet du médecin :



**AUTORISATION PARENTALE DE PRATIQUE DE SOIN SAISON 2023/2024**  
FORMULAIRE OBLIGATOIRE POUR LES MINEURS-

Je soussigné(e) .....  
Père  Mère  Responsable légal

**AUTORISE**  
mon enfant : .....  
(Nom, Prénom, Numéro de licence)  
- à pratiquer les disciplines de la fédération en compétition  
- à être soigné par un médecin si nécessaire dans le cadre des compétitions et activités fédérales,  
- à faire l'objet d'une décision médicale d'urgence (transfert à l'hôpital par un service d'urgence [Pompiers, SAMU]) rendue nécessaire par son état de santé.

**EN CAS DE DECISION MEDICALE D'URGENCE**, la ou les personnes à contacter sont :  
Père : .....  
Mère : .....  
Responsable legal : .....

A....., le .....  
Signature :