

MÂCON LUTTE OLYMPIQUE

CERTIFICAT MÉDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION

Je soussigné(e), Docteur

certifie avoir examiné ce jour :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

et **atteste que son état de santé ne présente pas de contre-indication** à la pratique de la lutte et des disciplines associées :

☐ lutte

☐ grappling

Activité(s) pratiquée(s) en : ☐ Loisir ☐ Compétition

Fait à :

Le : / /

Signature et cachet du médecin