Cachet du médecin : Lieu, Date : ………………………….

**Certificat de non contre-indication à la pratique du Self Défense « KRAV MAGA »**

Je, soussigné Docteur …………………………………………………………………………………….

Certifie avoir consulté ce jour …………………………………………………………………………...

Né(e) le : …………………………………………………… à ………………………………………………….

Son état de santé ne présente aucune contre indication à la pratique du Self Défense « KRAV MAGA ».

Certificat médical établi à la demande de l’intéressé et remis en main propre.

 Signature :