



**CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE DES SPORTS DE CONTACT**
(pratiquants de 18 ans et +)

Je, soussigné(e), Docteur _____

Titulaire d'une compétence en médecine du sport : ☐ OUI ☐ NON

Atteste que M. – Mme – Mlle _____

Présente, à la date de ce jour, une absence de contre-indication à la pratique du Combat mixte (MMA, Pancrace et Grappling Fight) et de la Boxe Thaï (Muay Thai).

Cocher le type d'activité autorisée (une seule case)

- ☐ En activité de loisir
- ☐ En loisir et en compétition, dans les catégories où la mise hors combat au visage n'est pas autorisée
- ☐ En loisir et en compétition, dans les catégories où la mise hors combat au visage est autorisée (1)

A _____ le _____

Cachet professionnel :

Signature :

(1) Conformément à l'article A231-2-3 du Code du Sport, pour ces catégories, une attention particulière est portée sur l'examen neuro-psychologique et sur l'examen de la fonction visuelle (acuité visuelle, champ visuel et, si le praticien le retient nécessaire en fonction de son examen clinique, tonus oculaire et fond d'œil).