



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

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 (1)

A _____ le _____

Cachet professionnel :

Signature :

(1) Les compétitions destinées aux pratiquants mineurs interdisent la mise hors de combat au visage. Les techniques sont autorisées en fonction de l'âge du pratiquant.