

# CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL PREALABLE A LA PRATIQUE DES SPORTS EN COMPETITION

## CERTIFICAT ANNUEL D'APTITUDE

• Je, soussigné, Docteur \_\_\_\_\_, certifie avoir examiné (M, Mme, Mlle)<sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_, né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_, demeurant à \_\_\_\_\_, licencié au club \_\_\_\_\_, et n'avoir pas constaté à ce jour de contre-indication à la pratique du Karaté do Kyokushinkai en (entraînement, compétition avec possibilité de mise hors combat, compétition technique)<sup>(1)</sup>.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 200\_\_.

(Cachet et signature)

N.B. : (M, Mme, Mlle)<sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_ (porte, ne porte pas)<sup>(1)</sup> de lentilles de correction.

## CERTIFICAT DE SURCLASSEMENT

Je, soussigné, certifie avoir procédé aux examens prévus par la réglementation en vigueur, et déclare que (M, Mme, Mlle)<sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_, est apte à pratiquer la compétition dans la catégorie d'âge ou de poids immédiatement supérieure.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 200\_\_.

(Cachet et signature)

Pour tous renseignements concernant les contre indications officielles absolues ou relatives à la pratique du Karaté do, ainsi que les obligations légales concernant le pratiquant et le médecin concerné :

**F**édération **F**rançaise de **K**araté - Commission médicale  
122, rue de la tombe Issoire - 75014 PARIS Tel - 01 43 95 42 00

(1) Rayez si besoin, la ou les mentions inutiles