

# CERTIFICAT MÉDICAL ANNUEL PRÉALABLE A LA PRATIQUE DES SPORTS

(modèle agréé Jeunesse et Sports)

## CERTIFICAT ANNUEL D'APTITUDE

Je, soussigné, Docteur \_\_\_\_\_, certifie avoir examiné (M, Mme, Mlle)<sup>(1)</sup>  
\_\_\_\_\_, né(e) le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_,  
demeurant à \_\_\_\_\_, et appartenant au Club Olympique de Pacé,  
section Karaté, et n'avoir pas constaté à ce jour de contre-indication à la pratique du KARATE-DO  
SHIN KYOKUSHINKAI en entraînement traditionnel et/ou Knock Down<sup>(1)</sup>

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_\_\_.

(cachet et signature)

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

# CERTIFICAT MÉDICAL ANNUEL PRÉALABLE À LA PRATIQUE DES SPORTS EN COMPÉTITION

(modèle agréé Jeunesse et Sports)

## CERTIFICAT ANNUEL D'APTITUDE

Je, soussigné, Docteur \_\_\_\_\_, certifie avoir examiné (M, Mme, Mlle)<sup>(1)</sup>  
\_\_\_\_\_, né(e) le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_,  
demeurant à \_\_\_\_\_, et appartenant au Club Olympique de Pacé,  
section Karaté, et n'avoir pas constaté à ce jour de contre-indication à la pratique du KARATE-DO  
SHIN KYOKUSHINKAI en compétition combat Knock-Down et/ou combat WUKO-Clicker.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_\_\_.

(cachet et signature)

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

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

Fédération Française de Karaté et Disciplines Associées - Commission médicale  
Porte d'Orléans, 39 rue Barbès - 92120 MONTROUGE - Tel. 01 41 17 44 40

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