



International Sports Loisirs Organisation

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU
3FIGHT , KICKBOXING , FULL CONTACT ET DISCIPLINES ASSOCIEES
*PRATIQUE EN COMPETITION AVEC KO AUTORISE***

Je soussigné . e , Docteur

En lettres capitales

Certifie avoir examiné

Mr . Mme

Né (e) le :

*Et n'avoir pas constaté , à la date de ce jour , de signes apparents contre indiquant la
pratique du 3FIGHT , du KICKBOXING , du FULL CONTACT et de leurs disciplines
associées en combat (**Pratique en compétition avec KO autorisé**)*

Fait à : le :

Signature et cachet du médecin avec n° RPPS