

ATTESTATION MEDICALE

Je soussigné(e)
Docteur en médecine, certifie que Monsieur/Madame/Mademoiselle

NOM :

Prénom :

Né(e) à, le

Domicilié(e)

Code postal : Commune :

ce jour, le

ne présente pas de contre-indication physique ou mentale à la pratique du
Krav Maga (système de combat – self défense)

Fait à, le

(Signature du médecin)

Cachet

