

MODÈLE DE CERTIFICAT MÉDICAL

SAISON SPORTIVE 2026-2027

Je soussigné(e) :

Docteur (Nom, Prénom) : _____

Profession : Médecin généraliste / Médecin du sport

Numéro RPPS : _____

Adresse du cabinet : _____

Certifie avoir examiné ce jour :

M. / Mme (Nom, Prénom) : _____

Date de naissance : _____

Et n'avoir constaté, à l'examen clinique de ce jour, aucune contre-indication apparente à la pratique exclusivement en LOISIR (hors compétition) de(s) discipline(s) suivante(s) :

- Sports de combat et arts martiaux mixtes (Kickboxing, Muaythaï, Grappeling-MMA) et préparation physique (Cross-Boxing).

Au sein de l'association sportive FIGHTING TRAINING CENTER (FTC).

Fait à : _____ , le : _____

Signature et cachet du médecin :