



MERCI DE NE PAS DETACHER LES 2 FEUILLETS

CERTIFICAT MÉDICAL ANNUEL D'APTITUDE PRÉALABLE À LA PRATIQUE DU KARATE

• Je, soussigné, Docteur _____ ,
certifie avoir pris connaissance des contre-indications à la pratique du sport précisé ci-dessous, et avoir examiné
(M, Mme, Mlle)⁽¹⁾ _____ , né(e) le ____ / ____ / ____ ,
demeurant à _____ .

Je certifie n'avoir pas constaté à ce jour de contre-indication à la pratique du Karaté avec mise hors combat
autorisée en (entraînement, compétition, compétition technique, enseignement)⁽¹⁾.

A _____ , le ____ / ____ / 20 ____ .

(Cachet et signature)

N.B. : (M, Mme, Mlle)⁽¹⁾ _____ (porte, ne porte pas)⁽¹⁾ de lentilles de correction.

SURCLASSEMENT (facultatif)

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

A _____ , le ____ / ____ / 20 ____

(Cachet et signature)

Pour tous renseignements concernant les contre indications officielles absolues ou relatives à la pratique du Karaté,
ainsi que les obligations légales y afférant, contacter :

Fédération **F**rançaise de **K**araté - Commission médicale

http://www.ffkarate.fr/wp-content/uploads/2014/09/reglement-medical_21092012.pdf