



## American Boxing Club 73

### Certificat Médical Préalable à la pratique du full contact / Boxe américaine

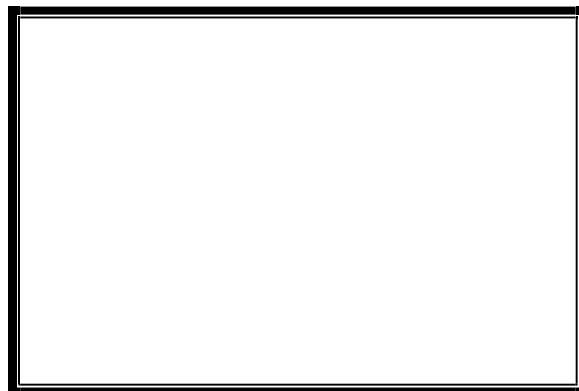
Je soussigné Docteur

Certifie avoir examiné

Né(e) le \_\_\_\_\_ ne présente pas à l'examen clinique de ce jour de contre-indication à la pratique de la Boxe Américaine / Full Contact.

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_



*Cachet et signature du médecin*