



American Boxing Club 73

Certificat Médical Préalable à la Pratique du Full Contact / Boxe Américaine

Je soussigné Docteur :

Certifie avoir examiné :

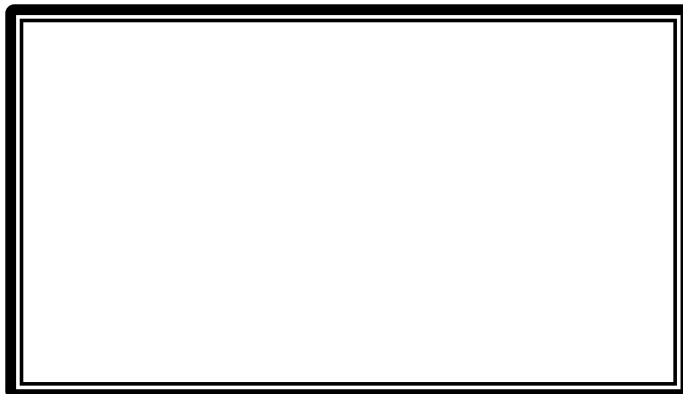
Né(e) le _____ ne présente pas à l'examen clinique de ce jour,
de contre-indication à la pratique de la Boxe Américaine / Full Contact

Loisir

Compétition

Fait à _____

Le _____



Cachet et Signature du médecin