

Certificat d'absence de contre-indication à la pratique du MMA

Je soussigné, Docteur

Certifie avoir examiné M. Mme. Mlle

(rayer les mentions inutiles)

né(e) le :

Demeurant :

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la **pratique du MMA**.

Pour tout renseignement concernant les contre-indications médicales relatives à la pratique du MMA hors compétition, le service médical de la FMMAF est joignable à cette adresse : medical@fmmaf.fr

Lieu :

Date :

Tampon et signature