

**CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION  
A LA PRATIQUE DES DISCIPLINES COMBAT MIXTE**  
*(pratiquants de moins de 18 ans)*

Je, soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_

Titulaire d'une compétence en médecine du sport :     OUI     NON

Atteste que M. – Mme – Mlle \_\_\_\_\_

Présente, à la date de ce jour, une absence de contre-indication à la pratique des disciplines de boxe, lutte et de combat mixte suivantes :

boxe thai, muay thai, mixed martial arts, pancrace, beach-pancrace, grappling, beach-grappling, combat-grappling, grappling-fight, sambo sportif, sambo combat, lutte contact, kempo, karaté mix

*Cocher le type d'activité autorisée (une seule case)*

En activité de loisir

En loisir et en compétition (1)

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Cachet professionnel :

Signature :

*(1) Les compétitions destinées aux pratiquants mineurs interdisent la mise hors de combat au visage. Les techniques sont autorisées en fonction de l'âge du pratiquant.*