



## CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DES MIXED MARTIAL ARTS (MMA) (Pratiquants de 18 ans et +)

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 Mixed Martial Arts (MMA) :

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

- En activité de loisir
- En loisir et en compétition, dans les catégories où la mise hors combat au visage n'est pas autorisée
- En loisir et en compétition, dans les catégories où la mise hors combat au visage est autorisée (1)

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

Cachet professionnel :

Signature :

(1) Conformément à l'article A231-2-3 du Code du Sport, pour ces catégories, une attention particulière est portée sur l'examen neuro-psychologique et sur l'examen de la fonction visuelle (acuité visuelle, champ visuel et, si le praticien le retient nécessaire en fonction de son examen clinique, tonus oculaire et fond d'œil).