

# CERTIFICAT MÉDICAL KARATE

Je soussigné(e) Docteur .....atteste que  
M, Mme, Melle,  
l'enfant .....

## >Club

ne présente pas de  
contre indication à la  
pratique du karaté en  
club

Date  
Signature et Tampon

## >Compétition

ne présente pas de  
contre indication à la  
pratique du karaté en  
club et en compétition

Date  
Signature et Tampon

## >Karaté Light-Contact

ne présente pas de  
contre Indication à la  
pratique des arts  
martiaux et sports de  
combat en compétition  
de contact léger  
reconnus par la FFKDA

Date  
Signature et Tampon

## >Karaté Full-Contact (18 ans et +)

ne présente pas de  
contre Indication à la  
pratique des arts  
martiaux et sports de  
combat en compétition  
de plein contact  
reconnus par la FFKDA

Date  
Signature et Tampon

## >Surclassement

ne présente pas de  
contre Indication au  
surclassement d'âge  
de Juniors à Séniors

Date  
Signature et Tampon