



## **Certificat médical de non contre-indication à la pratique de la boxe anglaise.**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_,

Docteur en médecine exerçant à \_\_\_\_\_,

certifie avoir examiné \_\_\_\_\_

né(e) le \_\_\_\_\_

et n'avoir constaté à ce jour aucun signe apparent contre-indiquant à la pratique de la boxe anglaise.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_.

Cachet et signature du médecin :