



**FÉDÉRATION
DE BOXE AMÉRICAINNE**
& DISCIPLINES ASSOCIÉES

CERTIFICAT MEDICAL Saison 2026 / 2027

Je soussigné Docteur

.....

Atteste avoir examiné

.....

Le.....

Et n'avoir repéré à ce jour aucune contre-indication médicale à la pratique de la Boxe Américaine – Full Contact dans le cadre de la pratique de loisir.

Cachet et signature.