

# KRAV MAGA ARLON

## ATTESTATION MEDICALE

Je soussigné(e) .....

Docteur en médecine, certifie que Monsieur/Madame/Mademoiselle

NOM : .....

Prénom : .....

Né(e) à ....., le .....

Domicilié(e) .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Ne présente pas de contre-indication physique ou psychologique à la pratique du Krav  
Maga ( Système de combat – self-défense)

Fait à ....., le .....

Signature et cachet du médecin :

Cachet
--------