



# FICHE DE RENSEIGNEMENT



SAISON 20\_\_\_/20\_\_\_

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Numéro de téléphone :

E-mail :

Discipline(s) pratiquée(s) :

☐ Boxe Française

☐ Savate Bâton Défense

☐ Savate Forme

☐ Canne de combat

---

## Certificat médical

Je soussigné Docteur

certifie avoir examiné

M. / Mme / Mlle

né(e) le        /        /

Et que celui-ci / celle-ci ne présente aucune contre-indication à la pratique de :

☐ Boxe Française : ☐ en loisir    ☐ en compétition

☐ Savate Bâton Défense

☐ Savate Forme

☐ Canne de combat

Cachet et signature du médecin