

CERTIFICAT MÉDICAL

Certificat de non contre-indication à la pratique du Taekwondo Saison sportive 2026 – 2027

IDENTIFICATION DU MÉDECIN

Je soussigné(e),

Docteur en Médecine :

certifie avoir examiné ce jour :

IDENTIFICATION DU PRATIQUEUR

☐ **Monsieur** ☐ **Madame**

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

CERTIFICATION MÉDICALE

Après examen médical, je certifie ne pas avoir constaté, à ce jour, de contre-indication clinique apparente à la pratique du **Taekwondo**, **en loisir et/ou en compétition**, conformément à la réglementation en vigueur.

Fait à :

Le : / / 2026

Cachet du médecin Signature du médecin