

CERTIFICAT MEDICAL DE REPRISE
PRATIQUE DU KICKBOXING, MUAYTHAI, PANCRACE et DA
(pratique en compétition avec KO autorisé)

Je soussigné (en lettres capitales),.....
Docteur en médecine, certifie :

1/ avoir examiné :

M.....

né (e) le :.....

2/ avoir consulté le compte-rendu d'un examen radiologique cérébral (scanner ou tomodensitométrie -TDM-) de ce/cette patient-e- établi dans les jours précédant mon examen,

3/ n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes apparents contre indiquant la pratique du kickboxing, du muaythai, du pancrace et de leurs disciplines associées en combat (pratique en compétition avec KO autorisé) après avoir subi :

- une commotion cérébrale (suspension de pratique de 28 jours min.) (*)
- deux commotions cérébrales (suspension de pratique de 84 jours min.) (*)
- trois commotions cérébrales (suspension de pratique de 365 jours min.) (*)

(*) cocher la case utile

Fait à :..... le :.....

Signature et cachet du médecin

Ce certificat doit être renseigné par un médecin du sport ou un neurologue.

Le médecin délivrant le présent certificat demeure libre d'exiger les examens médicaux complémentaires (IRM, EEG, fond d'œil) qu'il jugerait nécessaires pour pouvoir délivrer le présent certificat.