

# CERTIFICAT PREALABLE A LA PRATIQUE DE LA CANNE DE COMBAT



## VALABLE POUR UN AN



POIDS : .....

TAILLE : .....

ACUITE VISUELLE :

GAUCHE

DROIT

### TEST DE RUFFIER

Au repos : ..... Après effort: .....

1 mn après l'effort: ..... 3 mn après l'effort : .....

Je soussigné,.....,Docteur en Médecine  
Après avoir pris connaissance des recommandations de la Commission Médicale Nationale de la  
Fédération de BOXE FRANCAISE SAVATE et DISCIPLINES ASSOCIEES, certifie que :

Mr,Mme,Melle : .....

Ne présente, à la date de ce jour, aucun signe apparent contre-indiquant la pratique de la BOXE  
FRANCAISE SAVATE et DISCIPLINES ASSOCIEES.

est **APTE**

est **INAPTE, temporaire ou partiel**

à la pratique de la BOXE FRANCAISE

Identification et cachet du praticien **obligatoire**

NOM,Prénom : .....

Né(e) le : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : .....Ville : .....

Téléphone : .....Portable : .....

Email : .....

Nationalité : .....Profession : .....

**PHOTO**