

# 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 <b>APTE</b>  est <b>INAPTE, temporaire ou partiel</b>  à la pratique de la BOXE FRANCAISE	Identification et cachet du praticien <b>obligatoire</b>
---	--

NOM,Prénom : ..... Né(e) le : ..... Adresse : ..... ..... Code Postal : .....Ville : ..... Téléphone : .....Portable : ..... Email : ..... Nationalité : .....Profession : .....	<b>PHOTO</b>
---	--------------