

# CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr \_\_\_\_\_,

Docteur en médecine, certifie que l'examen de

M/Mme \_\_\_\_\_,

Né(e) le \_\_\_\_\_,

A \_\_\_\_\_,

ne révèle pas de contre-indication à la pratique sportive du Vovinam Viet Vo Dao et des arts martiaux vietnamiens associés en loisir et/ou en compétition

Certificat établi à : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature du Médecin

Tampon du médecin