

CERTIFICAT MEDICAL
DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU
LETHWEI OU BOXE BIRMANE,
DU BANDO ET DE TOUTES LES ACTIVITEES
PROPOSEES PAR LA
FEDERATION NATIONALE DE BANDO, LETHWEI
ET D.A

Je soussigné, Docteur.....

Certifie avoir examiné MR/MME/MLLE (Rayer les mentions inutiles)

.....

Né (e) le..... a.....

Et

N’avoir constaté, a la date de ce jour, de signes apparents contre indiquant la pratique de l’entraînement, des loisirs et des compétitions « Avec protections réglementaires » en :

-Bando (Self Défense)

-Bando Kick Boxing

-Lethwei (Boxe Myanmar)

-Banshay (Armes traditionnelles)

Fait aLe:.....

Cachet ET signature du Médecin