

# CERTIFICAT MÉDICAL

## 2025-2026



### **CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DES ARTS MARTIAUX CHINOIS.**

Je soussigné, Docteur : .....

Certifie que : Mr, Mme, Mlle : (nom et prénom).....

Né(e) le :            /            /

Demeurant à :

.....  
.....  
.....

Ne présente à ce jour, aucun signe cliniquement décelable de maladie ou d'infection, contre-indiquant la pratique des arts martiaux chinois et que la personne est **apte à la pratique du Wushu** (Kung-Fu, Sanda, Tai Ji et Qigong) **en Loisirs et en Compétition.**

Fait à : .....

Le :            /            /

**Signature et tampon (obligatoire) :**

WUSHU  
FFK

Le présent certificat est valable pour toute la durée de la saison, sauf maladie intercurrente ou accident qui nécessiterait un nouvel examen médical.