

## Certificat médical de non contre-indication à la pratique du MMA Junior amateur en compétition

Je soussigné, Docteur

Certifie avoir examiné M. Mme. Mlle

*(rayer les mentions inutiles)*

né(e) le :

Demeurant :

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la **pratique du MMA Junior amateur en compétition**.

Lieu :

Date :

Tampon et signature

Le service médical de la FMMAF est joignable à cette adresse : [medical@fmmaf.fr](mailto:medical@fmmaf.fr)

**Des contre-indications formelles à la pratique du MMA sont identifiées :**

- Comitialité (épilepsie) ;
- Antécédents neurochirurgicaux ;
- Hépatite B/C (active ou chronique) ;
- H.I.V. ;
- Absence d'un organe pair (sauf oreille).