



**CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATIONS A LA PRATIQUE
DU GRAPPLING FIGHT ET DU MMA AMATEUR
EN COMPETITION AVEC KO AUTORISE**
À remplir par un médecin généraliste ou un médecin du sport



Informations de l'athlète :

Nom Prénom : Date de naissance :/...../.....

Taille : Poids :

Examen clinique :

Je soussigné(e), Dr., certifie avoir examiné ce jour l'athlète mentionné ci-dessus et déclare :

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Examen cardiovasculaire :

Examen pulmonaire :

Examen neurologique :

Examen musculosquelettique :

Examen dermatologique :

Examen ophtalmologique :

Examen auditif :

Recherche spécifique :

Signes de commotions cérébrales ou antécédents de KO : Oui / Non (Si oui, nombre de KO :)

Déficit neurologique : Oui / Non (Si oui, détails :)

Examens complémentaires requis :

Conformément à l'annexe 07-232-19 du règlement médical de fédération française de lutte et disciplines associées, je prescris les examens suivants :

1. Bilan sérologique (VIH, Hépatite B, Hépatite C)
2. Electrocardiogramme interprété

Après évaluation complète de l'athlète et des résultats de l'examen clinique, je déclare que :

L'athlète ne présente pas de contre-indications à la pratique du Grappling Fight et du MMA Amateur* en compétition avec recherche du KO autorisé.

Date :/...../.....

Signature et Cachet du médecin :

Ce certificat est valable pour une durée de 12 mois à compter de la date de l'examen, sous réserve que l'athlète ne présente pas de nouvelles pathologies ou blessures nécessitant une nouvelle évaluation médicale.

* Grappling Fight = Combat d'Arts Martiaux Mixtes en Cage / MMA Amateur = Combat d'Arts Martiaux Mixtes sur Tapis

Note : Ce document est destiné à un usage réglementaire et doit être présenté lors des compétitions et pour toute demande émise par la FFLDA