

Certificat Médical de non Contre-indication à la pratique MMA

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 en compétition**.

Lieu :

Date :

Tampon et signature

Le service médical de la FMMAF est joignable à cette adresse : medical@fmmaf.fr

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

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