

**CERTIFICAT MÉDICAL ANNUEL PRÉALABLE**  
**À LA PRATIQUE DU LAM SƠN VÕ ĐẠO**  
**EN COMPETITION**

Je soussigné(e), Docteur .....

Certifie avoir examiné : .....

Demeurant à .....

Né le .... /.... /..... (..... ans) et n'avoir pas constaté à la date de ce jour de signes cliniques apparents

Contre-indiquant la pratique du Lam Sơn Võ Đạo en compétition.

Fait à ..... Le .....

Cachet du médecin



Signature du médecin

