FEDERATION DE KICK-BOXING et D.A.

FEUILLE DE PESEE ET DE CONTRÔLE MEDICAL

RENCONTRE DE :

NOM & Prénom	LICENCE	CATE.	POIDS	TENSION	ECG	OPHT.	GENERAL	APTE	OBSERVATION

LE DELEGUE DE REUNION :
(nom et signature)

LE MEDECIN :
(nom et signature)