

FEDERATION



FEDERATION DE KICK-BOXING

# FEUILLE DE PESEE ET DE CONTRÔLE MEDICAL

RENCONTRE DE :

NOM & Prénom	LICENCE	CATE.	POIDS	TENSION	GENERAL	AUTO. PARENT	APTE	OBSERVATION

LE DELEGUE DE REUNION :  
(nom et signature)

LE MEDECIN :  
(nom et signature)