



CERTIFICAT MEDICAL (à faire remplir par un médecin)

Obligatoire lors de l'inscription

Je soussigné(e), Docteur

Certifie avoir examiné,

Madame Monsieur

Né(e) le ____ / ____ / ____

Et n'avoir pas constaté à la date de ce jour de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique

- Du Tai Chi Chuan / Qi Gong
- Des arts martiaux externes en loisir (pratique pieds-poings) [1]

[1] Rayer en cas de contre-indication

Fait à _____

Le ____ / ____ / ____

Signature et cachet du médecin.