

CERTIFICAT MÉDICAL

Attestant de l'absence de contre-indication à la pratique sportive

ASSOCIATION TAICHIHARMONIE SAINT JEAN DE MONTS

A remettre à votre enseignant lors de la première séance

Je soussigné ,Docteur

certifie que l'examen de ☐ Madame ☐ Monsieur réalisé ce jour,

Nom :Prénom :

...

Date de naissance/...../.....

Adresse :

N'a pas mis en évidence de contre-indication apparente à la pratique sportive des activités suivantes :

- **pratique du Tai Chi Chuan**
- **pratique du Qi Gong**

Contre-indication temporaire :

.....
.....

Adaptations nécessaires en fonction de l'état de santé :

.....
.....

Cachet et signature du médecin

Certificat établi le :/...../.....