

## **CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné, ..... Docteur en  
Médecine certifie avoir examiné ce jour :

M .....

Né(e) le .....

Demeurant à .....

Et n'avoir pas constaté à ce jour de contre indication à la pratique  
du Tai Chi Chuan et du Qi Gong.

A ..... le .....

CACHET DU PRATICIEN

Signature