

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné, Docteur

.....

certifie que l'examen de :

Madame/Monsieur

Nom :

Prénom :

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

Adresse :

.....
.....

N'a pas mis en évidence de contre-indication apparente à la pratique sportive du

Tai chi chuan

Conformément au décret n° 2016-1387 du
12 octobre 2016, modifiant les conditions
de renouvellement du certificat médical
attestant de l'absence de contre- indication
à la pratique du sport, ce certificat est
valable trois ans, sous réserve de
modification notoire de l'état de santé, à
partir du/...../.....

Certificat établi à.....Le

TAMPON ET SIGNATURE DU MEDECIN (obligatoire)

