

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur :

Certifie que l'examen réalisé ce jour de

monsieur madame

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

nom :

prénom:

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

Adresse :

.....
.....
.....
.....

date :/...../.....

Cachet et signature

	en loisir	en compétition
Qi Gong traditionnel	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Tai chi chuan	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Yoga	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Qi Gong de bien-être	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Kenjutsu	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Yoseikan Budo	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Qi Gong dynamique Kiko	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Yoseikan Budo -18 ans	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Do In	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

*rayer les activités non pratiquées, et cocher les cases concernées