

# CERTIFICAT MEDICAL

## Absence de contre - indication à la pratique du TAISO

Je soussigné ( e ) \_\_\_\_\_

Docteur en médecine certifié avoir examiné \_\_\_\_\_

né ( e ) le \_\_\_\_\_

et n'avoir constaté à ce jour aucun signe clinique apparent contre - indiquant

la pratique du **TAISO** ( entraînement )

Fait à \_\_\_\_\_

le, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Cachet du médecin**

**Signature du médecin**

