

CERTIFICAT MEDICAL

Absence de contre - indication à la pratique du TAISO

Je soussigné (e) _____

Docteur en médecine certifiée 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

