



# CERTIFICAT MÉDICAL

## DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DU YI QUAN (BOXE CHINOISE)

Je, soussigné Dr ....., Docteur en médecine,  
certifie que l'examen de M / Mlle / Mme .....,  
né(e) le ..... / ..... / ..... ne révèle pas de contre-indication à la pratique du Yi Quan ou Boxe  
Chinoise (hors compétition et sans mise hors de combat).

Observations éventuelles :

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

Certificat établi :

Le ..... / ..... / .....

À .....

Cachet et signature du médecin traitant