



ATHL  SANTÉ LOISIRS LENS AGGLO

Stade Léo Lagrange Ave Raoul Briquet
62300 LENS

N  SIRET : 3418178900015

Agrément : 62SP12-014

INDICATIONS MEDICALES

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

- Contre-indications, problèmes physiques (diabète, arthrose, mal de dos...), exercices à éviter ou exclure

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur : _____

Certifie avoir examiné Mr/Mme : _____

N (e) le : _____

Et n'avoir constaté, à la date de ce jour, aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du
QI GONG

A _____ le _____

Signature et cachet du Médecin