

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION

A LA PRATIQUE DU SPORT : Danse

(Valable pendant un an à compter du jour où il a été délivré pour les moins de 40 ans, tous les 6 mois pour les plus de 40 ans)

Je soussigné, Docteur

Certifie avoir examiné : Nom

Prénom

Né(é) le :

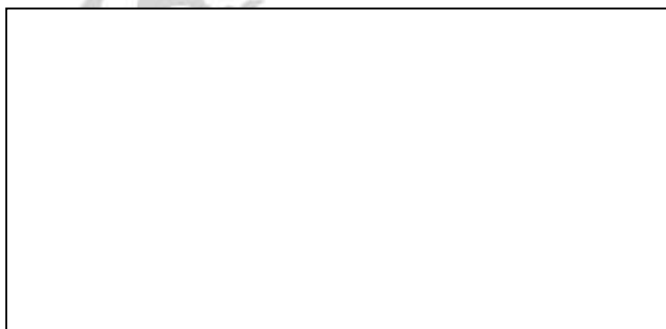
Après examen, atteste que l'intéressé(e) ne présente pas à ce jour de contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives (danse).

Pour la saison (indiquer l'année)

Pratique amateur : Oui Non

Pratique en compétition : Oui Non

Communication spécifique pour le club de danse :



Date :

Cachet du médecin :

Signature :