

# 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 : .....

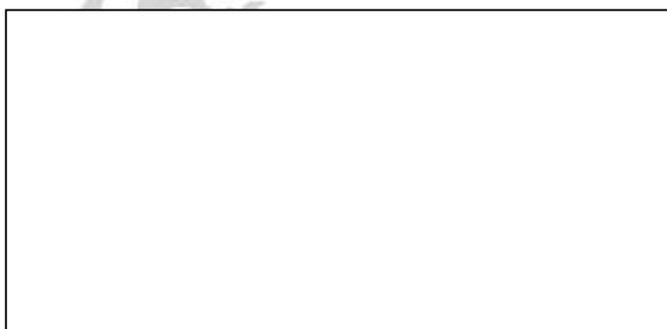
Après examen, atteste que l'intéressé(e) ne présente pas à ce jour de contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives (danse).

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 :

Hidden Power Artists Association asbl - Siège social: Avenue Broustín 36 à 1090 Jette

N° entreprise [0849.489.376](tel:0849.489.376) – [hiddenpower.secretariat@gmail.com](mailto:hiddenpower.secretariat@gmail.com) - <http://www.hiddenpowerasbl.com>

BNP Paribas-Fortis : BE92 0016 8274 8623 -

« Avec le soutien de la Région de Bruxelles-Capitale »