

Réservé à l'administration

accueil

mail

dépôt

autre

Date :

Année scolaire 2019 / 2020

**Certificat médical
de non contre-indication
à la pratique de la danse**

Je, soussigné, Docteur _____

Adresse du cabinet _____

Certifie avoir consulté ce jour

Mr / Mme / Mlle _____

Son état de santé ne présente aucune contre-indication à la pratique de la danse

Fait à _____, le _____

Signature