

*Réservé à l'administration*

- accueil       mail  
 dépôt       autre

Date :

**Année scolaire 2020 / 2021**

## 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