



## 7 - CERTIFICAT MEDICAL

A remettre à l'association avant le 30 septembre.

Je soussigné Dr \_\_\_\_\_

**Certifie sur l'honneur avoir examiné :**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_ ans \_\_\_\_\_ mois

**Et constaté ce jour que son état de santé ne révèle pas de contre-indication à la pratique de la danse.**

Classique

Jazz

Pointes

Fitness

Certificat établi le        /        /                    à : .....

**Signature et tampon du médecin**