

CERTIFICAT DE NON CONTRE- INDICATION A LA PRATIQUE DE LA DANSE ET DU FITNESS

Je soussigné(e),

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné Mr/Mme

Né(e) le _____ et avoir constaté ce jour,
l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique de
la danse et du fitness. Certificat fait pour servir et valoir ce que de
droit sur la demande de l'intéressé et remis en mains propres le

_____ à _____.

Signature

Cachet du Médecin

[]

Certificat valable pendant toute l'année scolaire 2021/22