

## **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**