



**CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATIONS
A LA PRATIQUE D'ATELIER D'EXPRESSION CORPORELLE HANDI-DANSE
EN SPORT ADAPTE
SAISON SPORTIVE 2018/2019**

Nom de l'association : DANSE TA VIE

Je soussigné(e), Docteur

.....

Certifie, après avoir examiné Mme, Mr

.....

Né(e) le

.....

.....

Qu'aucun signe d'affection cliniquement décelable ce jour, ne contre indique la pratique d'atelier handi-danse « hors compétition ». (Participation possible à des manifestations, représentation etc).

Restrictions ou remarques éventuelles :

.....

.....

Cachet +signature du médecin :