

CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATIONS A LA PRATIQUE D'ATELIER D'EXPRESSION CORPORELLE HANDI-DANSE

SAISON SPORTIVE 2019/2020

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 :