

# Certificat médical

## Coordonnées du médecin

## Identité de l'enfant

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naiss : .....

Lieu de naiss : .....

Garçon

Fille

Je soussigné, Docteur

.....

Spécialité / Médecine :

.....

Certifie avoir examiné, ce jour, l'enfant

.....

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre indication à la pratique de la Danse, ni de contre indication à la pratique d'activités de loisirs et sportives.

Fait à .....

Le .....

## Signature et cachet du médecin