

**CERTIFICAT MEDICAL** (obligatoire pour les majeurs)

à remplir par le Médecin

Je, soussigné ....., Docteur en médecine,

Déclare n'avoir constaté, après examen, aucune contre-indication à la pratique de la danse de façon régulière, et en compétition (à partir de 8 ans révolus)

En la personne de (Nom) ..... (Prénom) .....

(Date de naissance) \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ .

Fait pour servir et valoir ce que de droit, pour l'année scolaire 2025-2026.

Fait à ....., le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Cachet et signature du médecin

---

**CERTIFICAT MEDICAL** (obligatoire pour les majeurs)

à remplir par le Médecin

Je, soussigné ....., Docteur en médecine,

Déclare n'avoir constaté, après examen, aucune contre-indication à la pratique de la danse de façon régulière, et en compétition (à partir de 8 ans révolus)

En la personne de (Nom) ..... (Prénom) .....

(Date de naissance) \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ .

Fait pour servir et valoir ce que de droit, pour l'année scolaire 2025-2026.

Fait à ....., le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Cachet et signature du médecin