

Réserve à l'administration

- accueil mail
 dépôt autre

Date :

Année scolaire 2023 / 2024

Certificat médical de non contre-indication à la pratique de la danse

Je soussigné, Docteur _____

Adresse du cabinet _____

Certifie avoir consulté ce jour

Mr / Mme / Mlle _____

Son état de santé ne présente aucune contre-indication à la pratique de la danse

Fait à _____, le _____

Signature