

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e),

.....

Docteur en Médecine, certifie, après avoir examiné :

Nom :

.....

Prénom :

.....

Né(e) le :

.....

Domicilié(e) :

.....

.....

.....

Que son état de santé :

L'autorise à pratiquer la danse régulièrement

L'autorise à pratiquer de multisports (eveil corporel, babygym, corporel, babygym, jeux de ballons, piscine...)

Date :

Signature :

Cachet du médecin :