

ÉCOLE DE MUSIQUE ET DANSE

CERTIFICAT MÉDICAL

Certificat à compléter par le médecin traitant
et à retourner à l'École de Musique et de Danse

Je, soussigné Docteur,
exerçant à,
certifie avoir examiné ce jour Mr / Mme / Mlle :
.....
né(e) le/...../.....
demeurant à
et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de la danse.

Fait à,
le/...../.....

Cachet du médecin

Signature du médecin