

Certificat médical

A faire remplir par votre médecin traitant

Je soussigné(e)Docteur en Médecine,

après avoir examiné le (date) :

Mme, Mlle ou Mr.....

né(e) le

Certifie que son état ne présente pas de contre-indication à la pratique des activités liées à la danse sportives
y compris de compétition pratiquées à la AMDF (Académie des Maîtres de Danse de France)
mentionnées ci-dessous :

DANSE LATINES EN COMPÉTITION

DANSES STANDARDS EN COMPÉTITION

A

Le :

SIGNATURE ET CACHET