

CACHET DU MEDECIN



SAISON 2019 / 2020

(du 1^{er} septembre 2019 au 31 août 2020)

A

Le

CACHET DU MEDECIN



SAISON 2019 / 2020

(du 1^{er} septembre 2019 au 31 août 2020)

A

Le

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur : _____

certifie que Mr, Mme, Melle, l'enfant :

ne présente aucune contre-indication à la pratique du :

<input type="checkbox"/>	Rock n' Roll y compris en compétition dans sa catégorie d'âge.
<input type="checkbox"/>	Rock Sauté y compris en compétition dans sa catégorie d'âge.
<input type="checkbox"/>	Rock Acrobatique y compris en compétition dans sa catégorie d'âge.
<input type="checkbox"/>	Boogie-Woogie y compris en compétition dans sa catégorie d'âge.
<input type="checkbox"/>	West Coast Swing y compris en compétition dans sa catégorie d'âge.
<input type="checkbox"/>	Lindy Hop y compris en compétition dans sa catégorie d'âge.
<input type="checkbox"/>	Zumba y compris en compétition dans sa catégorie d'âge.

Nombre de cases cochées :

Signature du médecin :

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur : _____

certifie que Mr, Mme, Melle, l'enfant :

ne présente aucune contre-indication à la pratique du :

<input type="checkbox"/>	Rock n' Roll y compris en compétition dans sa catégorie d'âge.
<input type="checkbox"/>	Rock Sauté y compris en compétition dans sa catégorie d'âge.
<input type="checkbox"/>	Rock Acrobatique y compris en compétition dans sa catégorie d'âge.
<input type="checkbox"/>	Boogie-Woogie y compris en compétition dans sa catégorie d'âge.
<input type="checkbox"/>	West Coast Swing y compris en compétition dans sa catégorie d'âge.
<input type="checkbox"/>	Lindy Hop y compris en compétition dans sa catégorie d'âge.
<input type="checkbox"/>	Zumba y compris en compétition dans sa catégorie d'âge.

Nombre de cases cochées :

Signature du médecin :