

# TOP ONE-DANCE SCHOOL

## ATTESTATION MEDICALE

Je soussigné Dr \_\_\_\_\_ certifie que

---

1.est apte physiquement (1)

2.n'est pas apte physiquement (1)

à la pratique de la danse sportive.

Date : \_\_\_\_\_ Signature :

(1)Biffer la mention inutile.

---

Emplacement réservé à la vignette mutuelle.

---