



**A L'ATTENTION DU MÉDECIN**

Au-delà de son aspect administratif, le document que nous vous soumettons a pour objectif de permettre la pratique sportive de votre patient en toute sécurité.

Coller ici la vignette Mutuelle

**Certificat médical d'aptitude physique**

**Saison :** ..... - .....

**Nom du club :** .....

**Activité : danses de salon et de loisirs**

*Je soussigné ....., docteur en médecine, déclare par la présente avoir interrogé et examiné personnellement ce jour :*

(à compléter lisiblement en IMPRIMERIE)

Madame, Monsieur : ..... Prénom : .....  
(nom de jeune fille pour les femmes mariées)

Adresse : .....

Né(e) le : ..... Téléphone : .....

E-mail : .....

*Il/elle ne présente pas, sur base des examens réalisés, de contre-indication à la pratique des activités organisées dans le cadre des danses sportives et de loisirs.*

*Recommandations :* .....

.....

Cachet du médecin

Fait à : ....., le .....

Signature : .....