

## Certificat Médical<sup>(\*)</sup>

A fournir obligatoirement au moment de l'inscription  
Année Scolaire 2016 - 2017

Nom de l'élève : .....

Prénom : .....

Date de naissance :

Taille : ..... Poids : .....

Je soussigné, Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour l'élève ci-dessus désigné et n'avoir pas constaté de raison médicale contre-indiquant la pratique de la Danse Classique ou Contemporaine pour la saison en cours.

Date de l'examen médical :   2016 par le Docteur : .....

Groupe Sanguin : .....

Vaccination DT POLIO : .....

Observations : traitements, allergies, maladies, opérations récentes

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Signature et cachet

Le responsable familial : nom et prénom : .....

Hôpital ou clinique souhaité sur Cholet : .....

Je soussigné(e), désigné(e) le responsable familial, donne tous pouvoirs aux enseignants du département de danse ou responsables administratifs de l'établissement pour prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant sus désigné " l'élève ". J'autorise en particulier le transport vers l'établissement médical indiqué ci-dessus ou le plus approprié par les personnes habilitées médicalement, l'hospitalisation si nécessaire, l'intervention médicale y compris l'anesthésie et transfusion sanguine.

Fait à ..... le.....

Signature

<sup>(\*)</sup> À faire remplir par un médecin