CERTIFICAT MÉDICAL

AUTORISANT à la pratique de la Danse pour l'année scolaire **2025-2026**

CLASSE DE DANSE

(sauf pour l'éveil artistique)

ÉLÈVE

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : .....

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

RESPONSABLE LÉGAL

Nom : ..... Prénom : .....

HOSPITALISATION

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

☐ Je soussigné(e), désigné(e) le responsable légal, 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 "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.

DATE ET SIGNATURE

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné, Dr ....., 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 : ..... / ..... / .....

Groupe sanguin : .....

Vaccination DT POLIO : .....

Observations (traitements, allergies, maladies, opérations récentes) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DATE, CACHET ET SIGNATURE

Conservatoire du Choletais
Espace Saint-Louis - 5 rue Tournerit - 49300 CHOLET

☎ : 02 44 09 26 00
@ : scolarite-conservatoire@choletagglomeration.fr