

CACHET DU MÉDECIN :

SAISON 2025 - 2026

A

Le

Je soussigné(e), Docteur :

Certifie avoir examiné Mr, Mme, l'enfant :

né(e) le :

demeurant à :

et n'avoir constaté, à ce jour, aucune contre-indication à la pratique du sport suivant :

- Rock Piétiné** y compris en compétition dans sa catégorie d'âge
- Rock Sauté** y compris en compétition dans sa catégorie d'âge*
- Rock Acrobatique** y compris en compétition dans sa catégorie d'âge*
- Boogie-Woogie** y compris en compétition dans sa catégorie d'âge
- Salsa/Bachata** y compris en compétition dans sa catégorie d'âge

**dances comportant un risque si présence d'une pathologie rachidienne, un bilan radiologique standard est donc recommandé*

Nombre de cases cochées :

Signature du médecin :