



**MINISTÈRE
DE LA CULTURE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Diplôme : DIPLOME D'ETAT DE PROFESSEUR DE DANSE

Formation : DE DANSE 1^{ERE} ANNÉE

Option : CLASSIQUE-JAZZ-CONTEMPORAINE

CERTIFICAT MÉDICAL

Daté de moins d'un an à la date d'entrée en formation

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE ET À L'ENSEIGNEMENT DE LA DANSE

Je soussigné(e), Docteur en Médecine,

certifie avoir examiné en date du,

Mme/M.,

Né(e) le :

et avoir constaté qu'il (elle) ne présente aucune contre-indication à la pratique et à l'enseignement des activités de la danse.....

Observations :

Fait le :/...../.....

À :

Signature et cachet (obligatoire) :