



**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION**  
**A LA PRATIQUE DE LA DANSE**  
**EN ETABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT ARTISTIQUE**

Docteur .....

Adresse .....

N° RPPS .....

Certifie que .....

Né(e) le .....

Peut pratiquer la danse en établissement d'enseignement artistique

Sans contre-indication      oui      non      (rayer la mention inutile)

Si non préciser : .....  
.....  
.....

Sans restriction      oui      non      (rayer la mention inutile)

Si non préciser : .....  
.....  
.....

ANNEE SCOLAIRE 2024 / 2025

Signature et cachet du praticien :

**Conservatoire Intercommunal Musique – Danse – Théâtre Gabriel WILLAUME**

9 bis, place des Martyrs, 10100 Romilly-sur-Seine - Tél. : 03 25 39 53 56 - cc.portesderomilly@ccprs.fr