

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR  
DE NON CONTRE INDICATION MEDICALE  
A LA PRATIQUE DE LA DANSE**

Conformément aux dispositions des articles L. 231-2 et suivants du Code du Sport, la production d'un certificat médical de non contre-indication à la pratique de la danse n'est pas obligatoire mais que celui-ci est conseillé afin de garantir l'état de santé de mon enfant.

Je fournis pour cette année 2023-2024, un certificat médical de non contre-indication à la pratique de la danse (de moins de 6 mois à la date du 11 Septembre 2023).

Je ne souhaite pas produire de certificat médical, la décision reste sous mon entière responsabilité.

Je soussigné(e) M/Mme .....

en ma qualité de représentant légal de .....

Atteste sur l'honneur que mon(mes) enfant(s) ne présente(nt) aucune contre-indication médicale et physique à la pratique des activités proposées pour l'Ecole de Danse Classique de Juvignac.

Je m'engage à signaler toute information médicale pouvant remettre en question la pratique de l'activité durant l'année 2023-2024.

Date ..... / ..... / .....

Signature du représentant légal  
Précédée de la mention « certifiée pour faire valoir »

---

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR  
DE NON CONTRE INDICATION MEDICALE  
A LA PRATIQUE DE LA DANSE**

Conformément aux dispositions des articles L. 231-2 et suivants du Code du Sport, la production d'un certificat médical de non contre-indication à la pratique de la danse n'est pas obligatoire mais que celui-ci est conseillé afin de garantir l'état de santé de mon enfant.

Je fournis pour cette année 2023-2024, un certificat médical de non contre-indication à la pratique de la danse (de moins de 6 mois à la date du 11 Septembre 2023).

Je ne souhaite pas produire de certificat médical, la décision reste sous mon entière responsabilité.

Je soussigné(e) M/Mme .....

en ma qualité de représentant légal de .....

Atteste sur l'honneur que mon(mes) enfant(s) ne présente(nt) aucune contre-indication médicale et physique à la pratique des activités proposées pour l'Ecole de Danse Classique de Juvignac.

Je m'engage à signaler toute information médicale pouvant remettre en question la pratique de l'activité durant l'année 2023-2024.

Date ..... / ..... / .....

Signature du représentant légal  
Précédée de la mention « certifiée pour faire valoir »