

CERTIFICAT MÉDICAL

NOM :.....**Prénom :**.....

Date de naissance :**Age :**.....

Activité dont l'avis médical est demandé :

Participation aux ateliers *Sortons des coulisses* (atelier amateurs trombones & tubas) pour la saison 2023/2024

(Département de l'Opéra et Orchestre national de Montpellier - CS 89024 34967 Montpellier cedex 2) :

Aptitude à la vie en collectivité

Aptitude aux activités de *Sortons des coulisses* (pratique du trombone ou du tuba)

Aptitude à participer aux répétitions et spectacles au-delà de 20h00

Avis favorable (« ne présente pas de contre-indication apparente à ce jour »)

Avis favorable sous réserve :

.....
.....

Avis défavorable

.....

Date de la visite :

Nom du médecin :

Signature et tampon :