

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 2026/2027 :

- 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 :