



CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DES ACTIVITES SUBAQUATIQUES

Je soussigné(e) Docteur :

- Médecin généraliste
- Médecin fédéral n°
- Médecin du sport
- Médecin diplômé de médecine subaquatique
- Autre

Certifie avoir examiné ce jour :

NOM :

PRENOM :

Né(e) le :

et ne pas avoir constaté, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations, de contre-indication cliniquement décelable à la pratique :

- de l'ensemble des activités subaquatiques en loisir

Ou bien seulement (cocher) :

- des activités en apnée en loisir

Signature du représentant légal

- Père
- Mère
- Tuteur

Date :

Signature et cachet du médecin :

Les parents et/ou tuteurs légaux ainsi que le médecin certifient avoir pris connaissance de la liste des contre-indications médicales à la pratique des activités subaquatiques fédérales et des préconisations de la FFESSM relatives à l'examen médical, disponibles sur le site de la Commission Médicale et de Prévention Nationale : <http://medical.ffessm.fr>

Le présent certificat, sauf maladie intercurrente, ou accident de plongée, est remis en main propre au représentant légal qui a été informé des risques médicaux encourus notamment en cas de fausse déclaration.

Il est valable seulement 1 an pour une pratique de l'apnée au-delà de 6 mètres de profondeur, en deçà de 6 mètres, il est valable 3 ans.