fédération française d'études et de sports sous-marins
FONDEE EN 1955 – MEMBRE FONDATEUR DE LA CONFEDERATION MONDIALE DES ACTIVITES SUBAQUATIQUES

FFESSM

Commission Médicale et de Prévention

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DES ACTIVITES SUBAQUATIQUES

Je soussigné Docteur

☐ Médecin diplômé de médecine subaquatique ☐ Médecin fédéral n°
☐ Médecin du sport (**qui ne peut pas signer ce document s'il s'agit du certificat préalable à la délivrance d'une première licence ou d'un enfant de 8 à 14 ans qui n'est pas Niveau 1**)
Certifie

Avoir examiné ce jour
Nom : Prénom
Né(e) le à
Demeurant

Ne pas avoir constaté ce jour, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations, de contre-indication cliniquement décelable :
☐ à la pratique de l'ensemble des activités fédérales de loisir
☐ à la pratique des activités fédérales de loisir suivantes :

☐ à l'enseignement et à l'encadrement de la plongée
☐ au passage du brevet suivant :

Que l'enfant désigné ci-dessus a bénéficié des examens prévus par la réglementation FFESSM et qu'il ne présente pas à ce jour de contre-indication clinique à la pratique :
☐ de la plongée subaquatique avec scaphandre
☐ de l'ensemble des activités fédérales de loisirs à l'exception des activités indiquées ci-dessous :

Pour la surveillance médicale des enfants de 8 à 12 ans, je préconise la périodicité suivante :
☐ 6 mois ☐ 1 an

☐ Que l'enfant désigné ci-dessus ne présente pas de contre-indication au surclassement pour la discipline suivante :

Ne pas avoir constaté ce jour, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations :
☐ de contre-indication à l'ensemble des compétitions fédérales
☐ de contre-indication aux compétitions dans la discipline suivante :

Remarques éventuelles :

Fait à le Signature et cachet

Nombre de case(s) cochée(s) : ☐ (obligatoire)

Le présent certificat, valable 1 an sauf maladie intercurrente ou accident de plongée, est remis en mains propres à l'intéressé(e) qui a été informé(e) des risques médicaux encourus notamment en cas de fausse déclaration.