

Certificat médical d'Absence de Contre-Indication à la pratique des activités subaquatiques

Ce formulaire est remplissable par ordinateur

Je soussigné(e) Docteur, _____ Exerçant à, _____

Médecin, généraliste du sport fédéral n° : _____
 diplômé de médecine subaquatique autre : _____

Certifie avoir examiné ce jour : **NOM :** _____

Né(e) le : _____ **Prénom :** _____
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 DE PLONGÉE EN SCAPHANDRE AUTONOME
 DES ACTIVITÉS EN APNÉE
 DES ACTIVITÉS DE NAGE AVEC ACCESSOIRES

de la ou des activité(s) suivante(s) EN COMPÉTITION (spécifier en toute lettre) :

Pour mémoire les particularités suivantes nécessitent un certificat délivré par un médecin fédéral, du sport ou qualifié :

- TRIMIX Hypoxique
- APNÉE en PROFONDEUR > 6 mètres en compétition
- Pratique HANDISUB
- Reprise de l'activité après accident de plongée

NOMBRE DE COCHÉE(S) (obligatoire) :

Remarque(s) et restriction(s) éventuelle(s) (en particulier pour l'encadrement en plongée subaquatique...) :

Un certificat est exigible tous les ans pour toute inscription à la FFESSM quelque soit la discipline pratiquée
Décision CDN de juin 2023

Sauf en cas de modification de l'état de santé ou d'accident de plongée, qui suspend la validité de ce certificat. Il est remis en main propre à l'intéressé ou son représentant légal.

Pour consulter la liste des contre-indications à la pratique des activités subaquatiques fédérales et les 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>

Fait à : _____

Signature et cachet :

Date : _____