Certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique des activités subaquatiques

Je soussigné.e Docteur
Demeurant :

o médecin généraliste o médecin du sport o médecin diplômé de médecine subaquatique
o médecin fédéral n° : o autre :

Certifie avoir examiné ce jour : **NOM** :
Prénom : **Né.e le** :

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 subaquatiques de **loisir**
o sauf :_____

□ à la pratique des activités de **loisir** suivantes :
_____

□ à la pratique de l'ensemble des activités fédérales subaquatiques en **compétition**
o sauf : _____

□ à la pratique des activités suivantes en **compétition** :
_____

□ à **l'encadrement** des activités suivantes :
_____

□ à la pratique de la plongée en **trimix « hypoxique »**

□ à la pratique dans le cadre du **handisub** :
avec les restrictions suivantes :

Nombre de case(s) cochée(s) : □ (obligatoire)
Remarque(s) et restriction(s) éventuelle(s) :

Ce certificat est valable 3 ans (si renouvellement sans discontinuité de la licence sportive) pour les disciplines sportives : Nage avec palmes, Nage en eaux vives, Tir sur cible, hockey subaquatique, apnée à moins de 6 mètres
Ce certificat est valable 1 an pour la pratique de la plongée subaquatique (plongée en scaphandre tous lieux et plongée libre en milieu naturel ou fosse > 6 mètres)
sauf en cas de modification de l'état de santé ou d'accident de plongée, qui annule la validité de ce certificat.
Il est remis en mains propres à l'intéressé.e qui a été informé.e des risques médicaux encourus notamment en cas de fausse déclaration.

*Je certifie avoir pris connaissance de la liste des contre-indications 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***
J'ai informé le sportif des risques spécifiques qu'il encourt dans cette/ces activité(s) et répondu à ses questions

Fait à : **Signature et n° RPPS:**
Date :