

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

Je soussigné(e) Docteur,

Exerçant à,

Rayez la mention inutile*

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

Pour mémoire la particularité suivante nécessite un certificat délivré par un médecin fédéral, du sport ou qualifié :

-

- Reprise de l'activité après accident de plongée

NOMBRE DE <input type="checkbox"/> COCHÉE(S) (obligatoire) :	
--	--

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

Pour les disciplines à contraintes particulières (plongée scaphandre et apnée en fosse ou milieu naturel), le CACI est obligatoire annuellement pour tous, majeurs et mineurs

En cas de modification de l'état de santé ou d'accident de plongée, la validité de ce certificat est suspendue.

Ce certificat est remis en main propre à l'intéressé ou son représentant légal.

La liste des contre-indications à la pratique des activités subaquatiques fédérales et les préconisations relatives à l'examen médical, sont disponibles sur le site de la Commission Médicale et de Prévention Nationale : <http://medical.ffessm.fr>

Fait à :
Date :

Signature et cachet :