

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

Je soussigné(e) Docteur, **XXXX**

Exerçant à, **XXXXX**

Rayez la mention inutile\*

médecin, généraliste\* du sport\* fédéral\* n° :  
diplômé de médecine subaquatique\* autre\* :

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

**Né(e) le : XXXXXXXX** **Prénom : XXXXXXXX**

**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) :

**Nage en eau vive en compétition**

**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) : **XXXX**

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

**Un certificat est exigible toutes les 3 saisons** (si renouvellement sans discontinuité de la licence) pour les disciplines : Nage avec Palmes, Nage en Eau Vive, Tir sur Cible, Hockey Subaquatique, Apnée jusqu'à 6 mètres. Pratique de l'activité jusqu'à expiration de la licence. **Un certificat est exigible tous les ans** pour la pratique de la Plongée Subaquatique (Plongée en Scaphandre en tous lieux et en Apnée au-delà de 6 mètres).

**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 : **X**

Signature et cachet :

date : **X**

**X**