



CERTIFICAT MÉDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DE L'APNÉE

Je soussigné Docteur : _____

Médecin Généraliste Médecin Fédéral Médecin du Sport, titulaire du diplôme universitaire de Médecine de la plongée (1)
certifie avoir examiné ce jour :

Mr, Melle (nom / prénom) : _____

Inscrit(e) sur le stage d'apnée de : _____

Et certifie :

- qu'il / elle ne m'a pas signalé d'antécédents pathologiques,
 qu'il / elle ne présente pas de contre-indication cliniquement décelable ce jour à la pratique de l'apnée.

Signature du représentant légal

Père Mère Tuteur

Date :

Signature, cachet du médecin

Les parents ou tuteurs légaux ainsi que le médecin certifient avoir pris connaissance de la liste des contre-indications médicales à la pratique de l'apnée rappelées au verso.

Le présent certificat, sauf maladie intercurrente ou accident de plongée, est remis en mains propres au représentant légal qui a été informé des risques médicaux encourus notamment en cas de fausse déclaration.

Il est valable seulement 1 an pour une pratique de l'apnée au-delà de 6 mètres de profondeur, sinon il est valable 3 ans.

Pour toutes précisions complémentaires, se référer au site de la Commission Médicale et de Prévention de la fédération délégataire : <http://medical.ffessm.fr/>

(1) rayer la mention inutile

Référence : Les articles L231-2 à L 231-2-3 du Code du Sport, les décrets du 24 août 2016 et du 12 octobre 2016 définissent les conditions de délivrance du certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive, l'arrêté du 24 juillet 2017.

Téléchargé : Décret 2016 – 1157 du 24 août 2016 et Décret 2016 -1387 du 12 octobre 2016 et Arrêté du 24 juillet 2017V