CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné Docteur …………………………………………..

❑ Médecin fédéral FFESSM n°

❑ Médecin du sport n°

certifie avoir examiné ce jour :

❑ M. ❑ Mme ❑ Mlle

NOM |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| PRÉNOM |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

DATE DE NAISSANCE |_|_|_|_|_|_|_|_|

DEMEURANT À |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

LOISIRS

déclare ne pas avoir constaté, ce jour, de contre-indication cliniquement décelable, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations :

❑ à la pratique de l'ENSEMBLE des activités de pleine nature cité ci-dessous (liste non exhaustive),
❑ à la pratique de certaines activités de pleine nature (cocher les cases utiles) :

TERRE	EAU	NEIGE	AUTRES
❑ Badminton	❑ Nage en Eau Vive	❑ Raquettes à neige	
❑ Vélo de montagne, VTT, VTC	❑ Canyonning	❑ Ski de piste	
❑ Escalade - Via ferrata	❑ Randonnée aquatique	❑ Surf	
❑ Raid multisports / trails	❑ Canoë-kayak (lac, mer, rivière)	❑ Ski de fond	
❑ Course d'orientation	❑ Natation		
❑ Rollers	❑ Nage avec palmes		
❑ Randonnée pédestre	❑ Plongée sous-marine		
❑ Tir à l'arc	❑ Apnée		

FORMATION - ENCADREMENT

déclare ne pas avoir constaté, ce jour, de contre-indication cliniquement décelable, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations :
❑ à l'enseignement et à l'encadrement.
❑ à la préparation et à la présentation au brevet ou diplôme suivant :

COMPÉTITION

déclare ne pas avoir constaté, ce jour, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations :

❑ de contre-indication à l'ENSEMBLE des compétitions sportives.
❑ de contre-indication aux compétitions sportives suivantes (cocher les cases utiles) :
Remarques éventuelles :

TERRE	EAU	NEIGE	AUTRES
❑ Badminton	❑ Nage en Eau Vive	❑ Raquettes à neige	
❑ Vélo de montagne, VTT, VTC	❑ Canyonning	❑ Ski de piste	
❑ Escalade - Via ferrata	❑ Randonnée aquatique	❑ Surf	
❑ Raid multisports / trails	❑ Canoë-kayak (lac, mer, rivière)	❑ Ski de fond	
❑ Course d'orientation	❑ Natation		
❑ Rollers	❑ Nage avec palmes		
❑ Randonnée pédestre	❑ Plongée sous-marine		
❑ Tir à l'arc	❑ Apnée		

Nombre de case(s) cochée(s) : ☐ (**obligatoire**) Fait à …………………….. le …………… Signature et cachet :

Le présent certificat, valable 1 an sauf maladie intercurrente ou accident de plongée, est remis en mains propres à l'intéressé(e) qui a été informé(e) des risques médicaux encourus, notamment en cas de fausse déclaration.