



## CERTIFICAT MEDICAL

### Activités Aquatiques

Je soussigné....., docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour ..... M..... et avoir constaté qu'il(elle) ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique de la natation et du sauvetage ainsi qu'à la surveillance des usagers des établissement de baignade d'accès payant.

Ce sujet n'a jamais eu de perte de connaissance ou de crise d'épilepsie, et présente en particulier une aptitude normale à l'effort, une acuité auditive lui permettant d'entendre une voie normale à cinq mètres, ainsi qu'une acuité visuelle conforme aux exigences figurant ci-dessous :

#### Sans correction

Une acuité visuelle de 4/10 en faisant la somme des acuités visuelles de chaque oeil, mesurées séparément. Soit au moins : 3/10 + 1/10 ou 2/10 + 2/10.

#### Cas particulier :

Dans le cas d'un oeil amblyope, le critère exigé est : 4/10 + inférieur à 1/10

#### Avec correction

- Soit une correction amenant une acuité visuelle de 10/10 pour un oeil, quelle que soit la valeur de l'autre oeil corrigé (supérieure à 1/10) ;
- Soit une correction amenant une acuité visuelle de 13/10 pour la somme des acuités visuelles de chaque oeil corrigé, avec un oeil au moins à 8/10.

#### Cas particulier :

Dans le cas d'oeil amblyope, le critère exigé est de 10/10 pour l'autre oeil corrigé.

Fait à : ..... Le .....

*Signature et cachet du médecin*