

CERTIFICAT MEDICAL

Activités Aquatiques

(le certificat médical doit être établi entre le 4 et 13 mars 2024)

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 établissements 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 voix 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 œil, mesurées séparément.

Soit au moins : $3/10 + 1/10$ ou $2/10 + 2/10$.

Cas particulier :

Dans le cas d'un œil 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 œil, quelle que soit la valeur de l'autre œil
corrigé (supérieure à $1/10$) ;

- Soit une correction amenant une acuité visuelle de 13/10 pour la somme des acuités visuelles de chaque œil
corrigé, avec un œil au moins à 8/10.

Cas particulier :

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

Fait à : Le

Signature et cachet du médecin