



CERTIFICAT MEDICAL **Activités Aquatiques**

(le certificat médical doit être établi moins de 3 mois avant la date de dépôt du dossier)

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 :

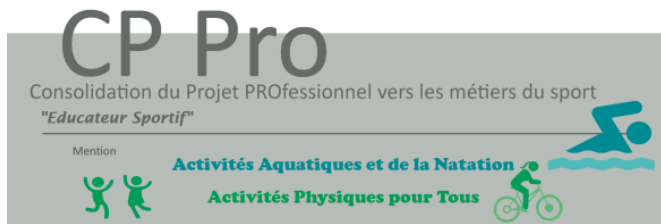
Dans le cas d'œil amblyope, le critère exigé est de 10/10 pour l'autre œil corrigé.

Fait à : **Le**
Signature et cachet du médecin



CERTIFICAT MEDICAL

DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE
DES **ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES**



Je soussigné(e), , Docteur en médecine,

certifie avoir examiné ce jour : Monsieur, Madame
né(e) le / /

et avoir constaté qu'il/elle ne présente aucune contre-indication cliniquement décelable pour la pratique sportive **des Activités Physiques Pour Tous**.

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Fait à, le / /

Cachet et signature du Médecin