



## CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DES ACTIVITES SUBAQUATIQUES

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_, Exerçant à,

- Médecin généraliste
- Médecin du sport
- Médecin fédéral n°
- Médecin diplômé de médecine subaquatique
- Autre :

Certifie avoir examiné ce jour :

**NOM :**

**Prénom :**

**Sexe : F / M**

**Né(e) :**

**Age révolu au moment de l'examen :**

**Et ne pas avoir constaté, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations, de contre-indication cliniquement décelable à la pratique :**

- De l'ensemble des activités subaquatiques en LOISIRS
- du HOCKEY SUBAQUATIQUE en COMPETITION

**Que l'enfant désigné ci-dessus ne présente pas de contre-indication décelable**

- au surclassement en HOCKEY SUBAQUATIQUE
- au double surclassement en HOCKEY SUBAQUATIQUE

**Nombre de case(s) cochée(s) (obligatoire):**

Date :

Lieu :

Signature :

Cachet avec numéro RPPS :