



AUTORISATION PARENTALE

Obligatoire pour les mineurs

Je soussigné : _____

Adresse : _____

Code postale : _____ Ville : _____

Pays : _____

Agissant en qualité de : mère, père, tuteur (rayer la mention inutile).

Autorise

Nom et prénom de l'enfant : _____

A participer aux activités subaquatiques du centre de plongée ISA.

Fait à : _____ Le : _____

Signature :

Port de plaisance 29160 Crozon-Morgat, France.

Tel : 02 98 27 05 00 / Fax : 02 98 26 25 76

E-mail : contact@centrisa.fr

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

Je soussigné Docteur

- Médecin diplômé de médecine subaquatique Médecin fédéral n°
 Médecin du sport (**qui ne peut pas signer ce document s'il s'agit du certificat préalable à la délivrance d'une première licence ou d'un enfant de 8 à 14 ans qui n'est pas Niveau 1**)

Certifie

Avoir examiné ce jour
Nom : _____ Prénom : _____
Né(e) le _____ à _____
Demeurant _____

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

- à la pratique de l'ensemble des activités fédérales de loisir
 à la pratique des activités fédérales de loisir suivantes :
 à l'enseignement et à l'encadrement de la plongée
 au passage du brevet suivant :

Que l'enfant désigné ci-dessus a bénéficié des examens prévus par la réglementation FFESSM et qu'il ne présente pas à ce jour de contre-indication clinique à la pratique :

- de la plongée subaquatique avec scaphandre
 de l'ensemble des activités fédérales de loisirs à l'exception des activités indiquées ci-dessous :

Pour la surveillance médicale des enfants de 8 à 12 ans, je préconise la périodicité suivante :

- 6 mois 1 an

Que l'enfant désigné ci-dessus ne présente pas de contre-indication au surclassement pour la discipline suivante :

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

- de contre-indication à l'ensemble des compétitions fédérales
 de contre-indication aux compétitions dans la discipline suivante :

Remarques éventuelles :

Fait à _____ LE : _____

Signature et cachet

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

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