

Le licencié (certifie exactes les mentions sur cette carte)

signature :

COMPLÉTER POUR LES MINEURS

Je soussigné (nom, prénom) : _____

agissant en qualité de : _____ autorise

signature :

(nom, prénom) : _____

à pratiquer (préciser) : _____

Fait à _____ Le _____

Tél. personne à prévenir en cas de nécessité :



FFESSM 24, quai de Rive-Neuve - 13284 Marseille Cedex 07
www.ffessm.fr - Tél : 04 91 33 99 31 - Fax : 04 91 54 77 43

N° Indigo 0 820 000 457
0,15€ TTC/mn

Identité fédérale

Collez votre photo
dans ce cadre

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

C.P. : | | | | |

Ville : _____

Né(e) le : _____ à : _____

N° licence : _____



Certificat médical

Aucune contre-indication à la pratique des compétitions FFESSM **hors scaphandre** (à l'exception de l'IS en NAP qui entrera dans le champ de ce certificat).

Contre-indication à la pratique des compétitions dans les disciplines suivantes :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Apnée | <input type="checkbox"/> Nage avec palmes |
| <input type="checkbox"/> Audiovisuelle | <input type="checkbox"/> Nage en eau-vive |
| <input type="checkbox"/> Orientation | <input type="checkbox"/> Autres disciplines (préciser) _____ |
| <input type="checkbox"/> Pêche sous-marine | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hockey subaquatique | _____ |
| <input type="checkbox"/> Tir sur cible | |

Je certifie que M _____ né(e) le _____

ne présente pas de contre-indication médicale à un sur-classement pour la discipline suivante : _____

Mettre une croix dans les cases correspondantes.

Aucune contre-indication à la pratique **en scaphandre** des activités FFESSM de loisir sauf celle ci-après : _____

Nb. de cases cochées _____

Fait à _____ le _____

Qualité du médecin (cocher obligatoirement une case) :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Médecin FFESSM | <input type="checkbox"/> Médecin du Sport |
| <input type="checkbox"/> Médecin Plongée/Hyperbare | <input type="checkbox"/> Autre médecin |

Cachet, signature :

