

CERTIFICAT MEDICAL en vue d'une scolarité en section sportive scolaire SAUVETAGE AQUATIQUE

Je soussigné(e),.....

Docteur en médecine, certifie avoir examiné,

Mlle/Mme/Mr.....

Né(e) le

Avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique du Sauvetage Aquatique Sportif dans le cadre d'une section sportive scolaire (3 à 5 heures possibles par semaine), et en compétitions.

Examen cardio-vasculaire de repos
Examen pulmonaire
Examen ORL
Examen dentaire

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé et remis en mains propres le

A

CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN