

CERTIFICAT MEDICAL

Exigé pour tout(e) candidat(e) à la formation
DE JEPS Perfectionnement Sportif
Mention Activités de la Plongée Subaquatique

Je, soussigné(e), _____ Docteur en médecine,

CERTIFIE AVOIR EXAMINE

M/Mme _____ né(e) le [_____] [_____] [_____]

et avoir constaté qu'il(ou elle) ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique et à l'enseignement de la plongée subaquatique

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

La vision nulle à un œil (énucléation par exemple) est une contre-indication.

Fait à : _____, le _____

Signature et cachet du médecin