



PLONGÉE ENFANT (à partir de 8 ans)

CLUB :

A remplir (en caractères d'imprimerie) et à signer avant la visite médicale

ENFANT	PARENT**
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse : rue	Adresse : rue
Code postal : Commune :	Code postal : Commune :
Téléphone :	Téléphone :
Date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	Date : <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
Brevet* : NB (prof.max. 3m)	
Dauphin de bronze (prof.max. 5m)	
Dauphin d'argent ou Dauphin d'or (8-11 ans prof.max. 5m / 12-14 ans prof.max. 10m)	
Autre(s) (préciser) :	
Numéro du registre des brevets :	
Date : <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	
Signature du membre	Signature du parent ou tuteur
	<small>*Biffer les mentions inutiles ** Mentionnez l'adresse, le téléphone du parent / tuteur si différent de l'enfant examiné.</small>

ATTESTATION MÉDICALE

Je déclare avoir pris connaissance des directives concernant les aptitudes à la plongée sous-marine reprises au verso du présent document. Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le membre, dont référence ci-dessus

- A subi un E.C.G. à l'effort le / /
- Est apte à pratiquer la plongée en scaphandre autonome en eaux libres
- Est apte à suivre uniquement l'entraînement piscine
- Est inapte temporairement jusqu'au / /
- Est inapte définitivement

Remarque(s) :

Date : / /

CACHET

SIGNATURE

