

AUTORISATIONS A LA PRATIQUE SPORTIVE



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Docteur _____

certifie que _____

ne présente aucune contre-indication à la vie en collectivité et à la pratique d'activités sportives.

Cachet du médecin

Fait à _____

Le _____

Signature :

TEST ANTI-PANIQUE

(ou brevet de natation à joindre).

L'enfant _____

s'est déplacé dans l'eau sans présenter de signe de panique sur un parcours de 20 mètres, avec passage sous une ligne d'eau, posée et non tendue. Le parcours est réalisé dans la partie d'un bassin ou d'un plan d'eau d'une profondeur au moins égale à 1m 80.

Nom et signature du maître nageur ou surveillant de baignade:

Fait à _____

Le _____

Signature :