

# CERTIFICAT MEDICAL

## ENSEIGNEMENT ACTIVITES AQUATIQUES

Je soussigné, ..... Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour Mme, M ..... et avoir constaté qu'il ou elle ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique et à l'enseignement de la natation et du sauvetage ainsi qu'à la surveillance des usagers des établissements de baignade d'accès payant.

Ce sujet n'a jamais eu de perte de connaissance ou de crise d'épilepsie et présente, en particulier, une aptitude normale à l'effort, une acuité auditive lui permettant d'entendre une voix normale à 5 mètres, ainsi qu'une acuité visuelle conforme aux exigences figurant ci-dessous :

☞ Sans correction :

Une acuité visuelle de 4/10 en faisant la somme des acuités visuelles de chaque œil mesurées séparément.  
Soit au moins : 3/10 + 1/10 ou 2/10 + 2/10.

Cas particulier : Dans le cas d'un œil amblyope, le critère exigé est 4/10 + inférieur à 1/10.

☞ Avec correction :

- soit une correction amenant une acuité visuelle de 10/10 pour un œil, quelle que soit la valeur de l'autre œil corrigé (supérieur à 1/10) ;

- soit une correction amenant une acuité visuelle de 13/10 pour la somme des acuités visuelles de chaque œil corrigé, avec un œil au moins à 8/10.

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

Fait à ....., le ..... / ..... / .....

Cachet et signature du médecin

Nom :
Prénom :
Qualification(s) :
Adresse :
Téléphone :
N°ADELI

Janvier 2024