

Le licencié (certifie exactes les mentions sur cette carte)

signature :

### COMPLÉTER POUR LES MINEURS

Je soussigné (nom, prénom) : \_\_\_\_\_

agissant en qualité de : \_\_\_\_\_ autorise \_\_\_\_\_ signature :

(nom, prénom) : \_\_\_\_\_

à pratiquer (préciser) : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Tél. personne à prévenir en cas de nécessité :



FFESSM 24, quai de Rive-Neuve - 13284 Marseille Cedex 07  
www.ffessm.fr - Tél : 04 91 33 99 31 - Fax : 04 91 54 77 43

N° Indigo 0 820 000 457  
0,15€ TTC/mn

# Identité fédérale

Collez votre photo  
dans ce cadre

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

C.P. : | | | | |

Ville : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

N° licence : \_\_\_\_\_



## Certificat médical

Aucune contre-indication à la pratique des compétitions FFESSM **hors scaphandre** (à l'exception de l'IS en NAP qui entrera dans le champ de ce certificat).

Contre-indication à la pratique des compétitions dans les disciplines suivantes :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Apnée               | <input type="checkbox"/> Nage avec palmes                    |
| <input type="checkbox"/> Audiovisuelle       | <input type="checkbox"/> Nage en eau-vive                    |
| <input type="checkbox"/> Orientation         | <input type="checkbox"/> Autres disciplines (préciser) _____ |
| <input type="checkbox"/> Pêche sous-marine   | _____  |
| <input type="checkbox"/> Hockey subaquatique | _____  |
| <input type="checkbox"/> Tir sur cible       |  |

Je certifie que M. \_\_\_\_\_ né(e) le \_\_\_\_\_

ne présente pas de contre-indication médicale à un sur-classement pour la discipline suivante : \_\_\_\_\_

Mettre une croix dans les cases correspondantes.

Aucune contre-indication à la pratique **en scaphandre** des activités FFESSM de loisir sauf celle ci-après : \_\_\_\_\_

Nb. de cases cochées \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Qualité du médecin (cocher obligatoirement une case) :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Médecin FFESSM            | <input type="checkbox"/> Médecin du Sport |
| <input type="checkbox"/> Médecin Plongée/Hyperbare | <input type="checkbox"/> Autre médecin    |

Cachet, signature :



### Autorisation parentale pour tout prélèvement nécessitant une technique invasive lors d'un contrôle antidopage sur les mineurs

Vu l'article R.232-52 du code du sport\*,

Je soussigné, \_\_\_\_\_, représentant(e) légal(e) ou personne investie de l'autorité parentale de \_\_\_\_\_, né(e) le \_\_\_\_\_, autorise tout prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment un prélèvement sanguin, à l'occasion des contrôles mis en place dans le cadre de la lutte contre le dopage.

Club de rattachement du mineur : \_\_\_\_\_

Attestation établie le \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_

Signature du représentant légal :

\* Article R232-52 (extrait) : "Si le sportif contrôlé est un mineur ou un majeur protégé, tout prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment un prélèvement de sang, ne peut être effectué qu'au vu d'une autorisation écrite de la ou des personnes investies de l'autorité parentale ou du représentant légal de l'intéressé remise lors de la prise ou du renouvellement de la licence. L'absence d'autorisation est constitutive d'un refus de se soumettre aux mesures de contrôle."