

[CERTIFICAT MÉDICAL]

Document obligatoire - À faire compléter par votre médecin traitant.

À....., le ___/___/___

Je soussignée, docteur-e

Certifie que M, Mme, l'enfant Né-e le ___/___/___

- Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique du/des sport(s) suivant(s) :
- Présente une contre-indication à la pratique du/des sport(s) suivant(s) :
- Ne présente actuellement aucun signe cliniquement décelable d'affection contagieuse.
- Est à jour de ses vaccinations obligatoires.

Signature et cachet :

Nombre de case(s) cochée(s) :

[TEST DE NATATION]

Document obligatoire - À faire compléter par le maître nageur sauveteur

Selon le décret du 25 avril 2012 portant application de l'article R.227-13 du code de l'action sociale et des familles, la pratique des sports nautiques est subordonnée à la réussite d'un test permettant d'apprécier la capacité de l'enfant à se déplacer dans l'eau, sans présenter de signe de panique, sur un parcours de 20 mètres, et muni d'une brassière de sécurité conforme à la réglementation en vigueur. Si le test est réalisé en milieu naturel, le départ est effectué à partir d'un support flottant. Le parcours est réalisé dans la partie d'un bassin ou d'un plan d'eau d'une profondeur au moins égale à 1m80.

L'enfant, pour réussir le test anti-panique devra donc :

- Effectuer un saut dans l'eau;
- Réaliser une flottaison sur le dos pendant 5 secondes ;
- Réaliser une sustentation verticale pendant 5 secondes ;
- Se déplacer sur le ventre sur 20 mètres ;
- Passer sous une embarcation ou un objet flottant.

Je soussigné-e..... Maître nageur sauveteur (MNS)

Ville : Brevet n° :

Atteste que l'enfant : a réussi l'ensemble du test préalable à la pratique des activités aquatiques et nautiques en centres de vacances.

Fait à, le ___/___/___

Signature et cachet :