

# G.R.A.S.M.

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



Nom: .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Niveau technique de brevet : .....

Autre(s) brevet(s) éventuel(s) : .....

Je déclare avoir pris connaissance des directives concernant les contre-indications relatives ou absolues à la pratique des différentes activités sportives reprises sur le site [www.lifras.be](http://www.lifras.be).

Date : ...../...../.....      Signature du membre :

## ATTESTATION MÉDICALE

Je soussigné, docteur en médecine, déclare avoir pris connaissance des directives concernant les contre-indications relatives ou absolues à la pratique des différentes activités sportives reprises sur le site [www.lifras.be](http://www.lifras.be) et atteste pour le membre, dont références ci-dessus :      (Cochez ou non les cases ci-dessous)

A subi un ECG à l'effort le ...../...../.....

Ne pas avoir constaté ce jour, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations, de contre-indication cliniquement décelable à la pratique à partir de 14 ans des disciplines suivantes :

la plongée en scaphandre autonome en eaux libres

la plongée en apnée en eaux libres

la nage avec palmes

l'entraînement en piscine de la discipline .....

Avoir constaté une inaptitude temporaire jusqu'au ...../...../..... à pratiquer la(les) discipline(s) .....

Avoir constaté une inaptitude définitive à pratiquer la(les) discipline(s) .....

Remarque(s) : .....

**ATTENTION** : Inscrire obligatoirement dans la case de droite le nombre de case(s) cochée(s) ci-dessus :

CACHET	SIGNATURE
	Date : ...../...../.....

VEUILLEZ CONSULTER LES CONTRE-INDICATIONS SUR LE SITE [www.lifras.be](http://www.lifras.be)