



G.R.A.S.M.

PLONGEE ENFANT

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

<u>ENFANT</u>	<u>PARENT</u>
Nom:	Nom:
Prénom :	Prénom :
Rue, N° :	Rue, N° (*):
CP : Commune :	CP (*): Commune (*):
Téléphone :	Téléphone (*):
Date de naissance :/...../.....	Date :/...../.....
Niveau technique de brevet :	Signature du parent ou tuteur :
Autre(s) brevet(s) éventuel(s) :	
Date :/...../..... Signature du membre :	
	(*) Mentionnez l'adresse, le téléphone du parent/tuteur si différent de l'enfant examiné.

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 et atteste pour le membre, dont références ci-dessus : *(Cochez ou non les cases ci-dessous)*

- A subi un ECG à l'effort le/...../.....
- Est apte à pratiquer la plongée en scaphandre autonome en eaux libres
- Est apte à suivre uniquement l'entraînement en piscine
- Avoir constaté une inaptitude temporaire jusqu'au/...../.....
- Avoir constaté une inaptitude définitive

Remarque(s) :

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

<p>CACHET</p> 	<p>SIGNATURE</p> <p>Date :/...../.....</p>
-----------------------------------	---

VEUILLEZ CONSULTER LES CONTRE-INDICATIONS SUR LE SITE www.lifras.be