



**AUTORISATION PARENTALE**

**Obligatoire pour les mineurs**

Je soussigné : \_\_\_\_\_

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

Code postale : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

Agissant en qualité de : mère, père, tuteur (rayer la mention inutile).

Autorise

Nom et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

A participer aux activités subaquatiques du centre de plongée ISA.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature :

Port de plaisance 29160 Crozon-Morgat, France.

Tel : 02 98 27 05 00 / Fax : 02 98 26 25 76

E-mail : [contact@centrise.fr](mailto:contact@centrise.fr)



**CERTIFICAT MEDICAL DE NON  
CONTRE-INDICATION A LA  
PRATIQUE DES ACTIVITES  
SUBAQUATIQUES**

**A REMPLIR POUR LE STAGE DECOUVERTE**

Je soussigné Docteur

Certifie

Avoir examiné ce jour

Nom :

Prénom

Né(e) le

à

Demeurant

Ne pas avoir constaté ce jour, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations, de contre-indication cliniquement décelable :

à la pratique des activités fédérales de loisir suivantes : stage découverte à Morgat

Que l'enfant désigné ci-dessus a bénéficié des examens prévus par la réglementation FFESSM et qu'il ne présente pas à ce jour de contre-indication clinique à la pratique :

de l'ensemble des activités fédérales de loisirs dont le stage découverte

Remarques éventuelles :

Fait à

LE :

Signature et cachet

Nombre de case(s) cochée(s) :  (obligatoire)

Le présent certificat, valable 1 an sauf maladie intercurrente ou accident de plongée, est remis en mains propres à l'intéressé(e) qui a été informé(e) des risques médicaux encourus notamment en cas de fausse déclaration