

# CERTIFICAT MEDICAL

---

Je soussigné(e), ..... Docteur en médecine,  
certifie avoir examiné ce jour, M., Mme, Melle .....  
et avoir constaté qu'il (elle) est physiquement apte à la pratique de la natation.

Il (elle) n'a jamais eu de perte de connaissance ou de crise d'épilepsie et présente « une non contre-indication » à l'effort, une acuité auditive lui permettant d'entendre une voix normale à 5 mètres, ainsi qu'une acuité visuelle conforme aux exigences figurant ci-dessous.

Etabli à ....., le .....

SIGNATURE

## **Exigences liées à l'acuité visuelle :**

Sans correction : acuité visuelle d'au moins 4/10 faisant la somme des acuités visuelles de chaque œil mesurées séparément  
Ex : 1/10 + 3/10 ou 2/10 + 2/10

Avec correction : soit une correction amenant une acuité visuelle de 10/10 pour un œil, quelle que soit la valeur de l'autre œil corrigé dès lors qu'elle dépasse 1/10

## **Cas particulier de l'œil amblyope :**

Sans correction : 4/10 + inférieur à 1/10

Avec correction : il faut 10/10 pour l'autre œil corrigé