

# CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE OBLIGATOIRE POUR LA PRATIQUE :



☐ DE LA PLONGÉE

☐ DU VOL LIBRE



## MÉDECIN

### CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE :

☐ De la plongée subaquatique

☐ Du vol libre (Parapente, aile delta, activité de glisse aérotractée)

Je soussigné (e), .....

Docteur en médecine , .....

Adresse : .....

après avoir examiné, ce jour, l'enfant :

nom : ..... prénom : ..... âge : .....

Certifie qu'il (elle) ne présente pas de contre-indication à la pratique de l'activité :

Pendant le centre de vacances dans lequel il (elle) est inscrit.

Fait à : ..... le : .....

Signature et cachet :

## PARENTS

### AUTORISATION PARENTALE À LA PRATIQUE :

☐ De la plongée subaquatique

☐ Du vol libre (Parapente, aile delta, activité de glisse aérotractée)

Je soussigné (e), .....

☐ père ☐ mère ☐ tuteur

Autorise, nom : ..... prénom : .....

à pratiquer l'activité dans le cadre du séjour de vacances dans lequel il (elle) est inscrit.

Fait à : ..... le : .....

Signature :