



*** AUTORISATION PARENTALE *** pour un baptême de plongée sous-marine

Nom du mineur (en majuscule) : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu : _____

Adresse : _____

Information sur les contre-indications médicales à la pratique de la plongée sous-marine en scaphandre :

Le certificat médical n'est pas obligatoire pour le baptême de plongée, cependant si le mineur a déjà présenté un ou plusieurs des symptômes suivants, demandez l'avis d'un médecin avant le baptême :

Problèmes cardiaques Problèmes respiratoires	Problèmes ORL	Problèmes nerveux
- Asthme - Pneumothorax	- Otites fréquentes - Perforation du tympan - Chirurgie de l'oreille - Sinusites	- Pertes de connaissances - Epilepsie - Spasmophilie ou Tétanie

Autorisation parentale pour la pratique de la plongée sous-marine (Obligatoire pour les moins de 18 ans)

Je soussigné(e), _____ avoir pris connaissance des informations ci-dessus relatives au baptême de plongée sous-marine et déclare que mon fils/ ma fille de _____ ans, ne présente, à ma connaissance, aucune contre-indication médicale et l'autorise à effectuer un baptême de plongée sous-marine.

Le _____ **Signature du responsable légal :**