



# LE CERTIFICAT MEDICAL D'ABSCENCE DE CONTRE-INDICATION (CACI)

---

## Toute Section, pour une première inscription:

- Certificat Médical suivant le modèle FFESSM en page suivante ou [à télécharger](#)

## Sections PSM / Apnée, Jeunes (apnée au-delà de 6 m de profondeur) :

- Certificat Médical suivant le modèle FFESSM (validité 1 an)

## Toute section, si sortie (milieu naturel ou fosse) dans le cadre du club (apnée au-delà de 6 m) :

- Certificat Médical suivant le modèle FFESSM (validité 1 an)

## Sections (écoles et adultes) Hockey Subaquatique et Tir sur Cible pour une réinscription :

- Certificat Médical suivant le modèle FFESSM (validité 3 ans) s'il n'a pas déjà été remis au club
- Attestation remplie et signée relative au questionnaire de santé en dernière page (adulte ou mineur), le questionnaire en lui-même ne doit pas être remis au club.

---

## A noter :

- En cas de modification de l'état de santé ou d'accident de plongée, la validité du certificat est suspendue.
- Pour les sportifs sélectionnés en équipe de France, le médecin du sport est requis.

**Certificat médical d'Absence de Contre-Indication  
à la pratique des activités subaquatiques**

Je soussigné(e) Docteur, Exerçant à,  
médecin  généraliste  du sport  fédéral n° :  
 diplômé de médecine subaquatique  autre :

Certifie avoir examiné ce jour : **NOM :**

**Né(e) le :** **Prénom :**

**et ne pas avoir constaté, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations, de contre-indication cliniquement décelable à la pratique :**

**de l'ensemble des activités subaquatiques EN LOISIR**

**Ou bien seulement** (cocher) :  DES ACTIVITÉS DE PLONGÉE EN SCAPHANDRE AUTONOME  
 DES ACTIVITÉS EN APNÉE  
 DES ACTIVITÉS DE NAGE AVEC ACCESSOIRES

**de la ou des activité(s) suivante(s) EN COMPÉTITION** (spécifier en toute lettre) :

**avec un certificat nécessitant un médecin fédéral, du sport ou qualifié** (cocher) :

TRIMIX Hypoxique  APNÉE en PROFONDEUR > 6 mètres en compétition  
 Pratique HANDISUB  Reprise de l'activité après accident de plongée

**NOMBRE DE**  **COCHÉE(S)** (obligatoire) :

**Remarque(s) et restriction(s) éventuelle(s)** (en particulier pour l'encadrement en plongée subaquatique...) :

**Un certificat est exigible toutes les 3 saisons** (si renouvellement sans discontinuité de la licence) pour les disciplines : Nage avec Palmes, Nage en Eau Vive, Tir sur Cible, Hockey Subaquatique, Apnée jusqu'à 6 mètres. Pratique de l'activité jusqu'à expiration de la licence. **Un certificat est exigible tous les ans** pour la pratique de la Plongée Subaquatique (Plongée en Scaphandre en tous lieux et en Apnée au-delà de 6 mètres).

**Sauf en cas de modification de l'état de santé ou d'accident de plongée, qui suspend la validité de ce certificat.**

Il est remis en main propre à l'intéressé ou son représentant légal.

Pour consulter la liste des contre-indications à la pratique des activités subaquatiques fédérales et les préconisations de la FFESSM relatives à l'examen médical, disponibles sur le site de la Commission Médicale et de Prévention Nationale : <http://medical.ffessm.fr>

**Fait à :**

**Signature et cachet :**

**date :**



## Renouvellement de licence d'une fédération sportive

### Questionnaire de santé « **QS – SPORT** »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A ce jour</b>		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

#### **Si vous avez répondu NON à toutes les questions :**

Pas de certificat médical à fournir. Simplement atteste, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

#### **Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :**

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.



**ATTESTATION relative au questionnaire de santé, à joindre au dossier pour les sections Hockey subaquatique et tir sur cible du RSSM :**

Je soussigné(e) M/Mme Prénom : NOM :

Pratiquant le :

Atteste avoir lu et compris les 9 rubriques du questionnaire de santé, renseigné ce questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

**Date et signature du licencié :**



**ATTESTATION relative au questionnaire de santé, à joindre au dossier pour les sections Hockey subaquatique et tir sur cible du RSSM :**

**Pour les mineurs :**

Je soussigné(e) M/Mme Prénom : NOM :

En ma qualité de représentant légal de Prénom : NOM :

Pratiquant le :

Atteste avoir lu et compris les 9 rubriques du questionnaire de santé, renseigné ce questionnaire de santé QSSPORT Cerfa N°15699\*01 et répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

**Date et signature du représentant légal du licencié :**