



LIGUE FRANCOPHONE DE RECHERCHES ET D'ACTIVITÉS SUBAQUATIQUES ASBL

lifras CLUB :

À remplir (en caractères d'imprimerie) et à signer avant la visite médicale :

Nom :
Prénom :
Date de naissance : / / Numéro du registre des brevets :
Niveau technique de brevet (à encadrer ou biffer) : NB / P1* / P2* / P3* / P4* / M1* / M2* / M3*
Autre(s) brevet(s) éventuel(s) :
Je déclare avoir pris connaissance des directives concernant les contre-indications relatives ou absolues à la pratique des différentes activités sportives reprises sur le site www.lifras.be
Date : / / Signature du membre :

ATTESTATION MÉDICALE

Je soussigné, docteur en médecine, déclare avoir pris connaissance des directives concernant les contre-indications relatives ou absolues à la pratique des différentes activités sportives reprises sur le site www.lifras.be et atteste pour le membre, dont références ci-dessus :

(Cochez ou non les cases ci-dessous)

- Avoir subi un ECG à l'effort le / /
- Ne pas avoir constaté ce jour, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations, de contre-indication cliniquement décelable à la pratique à partir de 14 ans des disciplines suivantes :
- la plongée en scaphandre autonome en eaux libres
 - la plongée en apnée en eaux libres
 - la nage avec palmes
 - le hockey subaquatique
 - le hockey subaquatique en compétition
 - l'entraînement piscine de(s) la discipline(s)
- Avoir constaté une inaptitude temporaire jusqu'au / / à pratiquer la(es) discipline(s)
- Avoir constaté une inaptitude définitive à pratiquer la(es) discipline(s)

Remarque(s) :

ATTENTION : Inscrire obligatoirement dans la case de droite le nombre de case(s) cochée(s) ci-dessus :

--

CACHET	SIGNATURE
	Date : / /

VEUILLEZ CONSULTER LES CONTRE-INDICATIONS SUR LE SITE www.lifras.be

La liste des médecins spécialisés est disponible au secrétariat de la LIFRAS

Rue Jules Broeren 38, 1070 BRUXELLES

Tél. 02.521.70.21

Fax 02.522.30.72

E-mail : info@lifras.be