

# CERTIFICAT MÉDICAL CAEPMNS

## CERTIFICAT MÉDICAL DE NON-CONTRE-INDICATION À L'EXERCICE DE LA PROFESSION DE MAÎTRE-NAGEUR SAUVETEUR

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, docteur en médecine,

- atteste avoir pris connaissance de la nature des épreuves de la session d'évaluation du certificat d'aptitude à l'exercice de la profession de maître-nageur sauveteur,
- certifie avoir examiné M./Mme \_\_\_\_\_, candidat(e) à ce certificat, et n'avoir constaté à la date de ce jour, aucune contre-indication apparente à l'exercice de la profession.

J'atteste en particulier que M./Mme \_\_\_\_\_ présente :

- Une faculté d'élocution normale,
- Une acuité auditive normale et
- Une acuité visuelle conforme aux exigences suivantes :

Sans correction :

- une acuité visuelle de 4/10 en faisant la somme des acuités visuelles de chaque œil mesurées séparément sans que celle-ci soit inférieure à 1/0 pour chaque œil. Soit au moins : 3/10 + 1/10 ou 2/10 + 2/10.

*Cas particulier :* dans le cas d'un œil amblyope, le critère exigé est : 4/10 + inférieur à 1/10.

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 (supérieur à 1/10) ;
- soit une correction amenant une acuité visuelle de 13/10 pour la somme des acuités visuelles de chaque œil corrigé, avec un œil corrigé au moins à 8/10.

*Cas particulier :* dans le cas d'un œil amblyope, le critère exigé est : 10/10 pour l'autre œil corrigé.

La vision nulle à un œil constitue une contre-indication.

Certificat remis en mains propres à l'intéressé pour servir et valoir ce que de droit

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20 \_\_\_\_

**Signature et cachet**