

# METIERS DE LA SECURITE

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné (e) ....., Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour, Monsieur, Mademoiselle (1) ..... et avoir constaté qu'il (elle) a satisfait à un examen général clinique normal et ne présente aucune contre indication apparente à la pratique du sport (en particulier course à pied et pompes).

Ce sujet doit :

	OUI	NON
• Avoir une absence de trouble objectif et subjectif de l'équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avoir une acuité auditive normale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avoir une acuité visuelle supérieure ou égale à 6/10 <sup>ème</sup> pour la somme des 2 yeux (sans correction) avec un minimum de 1/10 <sup>ème</sup> pour un œil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avoir une perception optimale de la totalité des couleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ne pas faire état de manifestation d'hyperréactivité bronchique, D'asthme, d'épilepsie ou de diabète traité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Accepter de remplir les conditions d'immunisation vaccinale :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ DT polio		
○ Hépatite B		
○ BCG		
• Ne pas avoir d'affection clinique évolutive connue à ce jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fait à ....., le .....

Cachet du médecin

Signature du médecin