

CERTIFICAT MEDICAL

Exigé pour la délivrance de la carte professionnelle permettant d'exercer les prérogatives
de Maître Nageur Sauveteur (M.N.S),
Ainsi qu'au stage d'Aptitude à l'exercice de la profession de Maître Nageur Sauveteur
(C.A.E.P.M.N.S)

Je,

soussigné,

.....
Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour :

Monsieur Madame :

Et avoir constaté que cette personne ne présente aucune contre-indication apparente :

- A l'encadrement (enseignement, animation et entraînement) de la natation,
- A la pratique de la natation et du sauvetage aquatique
- Et à la surveillance des usagers d'établissements de bains et des baignades surveillées.

Cette personne présente en particulier :

1. une intégrité fonctionnelle des membres supérieurs et inférieurs lui permettant :

- D'effectuer un sauvetage en utilisant les techniques de prises et dégagements ;
- De transporter la victime dans l'eau et hors de l'eau ;
- De pratiquer seul les gestes du massage cardiaque externe à la ventilation artificielle.

2. Une faculté d'élocution normale,

3. Une acuité auditive lui permettant d'entendre une voix normale à 5 mètres (prothèse auditive tolérée),

4. 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 1/10 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.

Nb : La vision nulle à un œil (énucléation par exemple) est une contre-indication.

Fait à, le.....

(signature et cachet du médecin)