



ANNEXE 1

LIVRET MÉDICAL *JEUNE SAPEUR-POMPIER*



NOM :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Le livret est à conserver par le JSP tout au long de ses années de formation et ce
jusqu'au Brevet National des JSP.

Pour chaque visite médicale, il doit être accompagné du carnet de santé.

Objectifs de la visite médicale :

L'aptitude médicale d'un JSP n'implique pas son incorporation comme sapeur-pompier volontaire ou professionnel.

La visite médicale a pour objet de déterminer la seule aptitude à participer aux activités de JSP. Elle est aussi l'occasion de déceler les causes éventuelles, actuelles ou futures, d'inaptitude à être sapeur-pompier.

L'adolescent est l'objet de transformations physiques et psychologiques importantes. Certaines pathologies évolutives peuvent ainsi, si elles ne s'améliorent pas, empêcher l'accès au volontariat ou à la profession de sapeur-pompier, alors même qu'elles ne sont pas incompatibles avec les activités de JSP.

La visite préalable à l'inscription doit être réalisée en présence d'au moins un des parents ou du tuteur légal, muni du carnet de santé du JSP. L'intéressé doit être à jour de ses vaccinations.

La visite médicale est valable un an et renouvelable annuellement, sauf affection intercurrente.

Organisation des visites médicales :

JSP 1 et JSP 2 :

La visite médicale de rentrée est à réaliser avant la première manœuvre, cette visite peut être faite chez un médecin sapeur-pompier ou un médecin généraliste.

Dans tous les cas, le médecin remplira le livret médical du JSP et devra signer le certificat de non contre-indication aux activités physiques et sportives qui sera remis au responsable de la section lors de la 1ère manœuvre.

JSP 3 et JSP 4 :

La visite médicale de rentrée est à réaliser avant la première manœuvre obligatoirement par un médecin sapeur-pompier.

Le médecin remplira le livret médical du JSP et signera le certificat de non contre-indication aux activités physiques et sportives à remettre au responsable de la section lors de la 1ère manœuvre.

JSP 4 (année brevet JSP) :

La visite médicale est organisée conjointement par le SDIS et l'UDSP. Le candidat est alors examiné par le médecin de sapeurs-pompiers assisté de l'infirmier au sein d'une structure médicale du SDIS (Cabinet SSSM, VAAM...).

Cet examen détermine l'aptitude médicale à suivre les formations de JSP 4 organisées par le SDIS et la réalisation des épreuves physiques et techniques du Brevet National de JSP.

A l'attention des médecins généralistes sollicités pour la délivrance d'un certificat médical de non contre-indication des activités physiques et sportives d'un jeune sapeur-pompier :

Chers consœurs et confrères,

Le jeune sapeur-pompier qui se présente à vous sera amené, dans la prochaine année scolaire, à participer à des entraînements et compétitions sportives relevant de l'**Athlétisme** (course d'endurance, de vitesse, saut en hauteur et lancer de poids) ainsi que de la **Gymnastique** (pompes-tractions, parcours sportif) et de la **Natation**. Comme pour toutes activités sportives en milieu associatif et en compétition, cela nécessite une visite médicale de non contre-indication au sport. Le jeune vous présentera son carnet de santé, son livret médical à compléter et à signer, ainsi qu'un certificat médical pré-rempli à compléter et à signer.

LIVRET MEDICAL du JEUNE SAPEUR-POMPIER de HAUTE-LOIRE :

(A remplir avant la première visite médicale, à corriger en cas de changement d'adresse en cours de formation)

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe : F ☐ M ☐

Adresse :

.....
.....

Téléphone 1 : Téléphone 2 :

Adresse e-mail :

Médecin traitant :

ANTÉCÉDENTS :

Personnels	Médicaux : Chirurgicaux : Traitements :
Familiaux	
Allergies	

Sports pratiqués :

VACCINATIONS :

Vaccins :	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date
DTPcoq							
Hépatite B							
Anti-HBs							
BCG							
IDR							
Autre							

1^{ère} visite médicale JSP1 par un médecin civil (2 documents à compléter)

Date : Age : Année JSP :
Nom du Médecin :

Poids :kg..... Taille :cm IMC :

Examen Cardio-Pulmonaire : Tension Artérielle :/.....mmHg. Fréquence Cardiaque :bpm

Signes fonctionnels Cardio-Pulmonaire : Oui ☐ Non ☐ si Oui, Lesquels :

Auscultation Cardio-Pulmonaire : Normale ☐ Anormale ☐ Commentaires :

Tabac : Oui ☐ Non ☐ si Oui, Quantités : Peak Flow : non fait ☐ fait ☐ :l/min

Indication à demander : ECG : Oui ☐ Non ☐, RP : Oui ☐ Non ☐, EFR : Oui ☐ Non ☐

Examen Neurologique :

Signes fonctionnels Neurologiques : Oui ☐ Non ☐ si Oui, Lesquels :

Reflexes Ostéo-Tendineux : Présent Membres Sup : Oui ☐ Non ☐ symétriques : Oui ☐ Non ☐
Présent Membres Inf : Oui ☐ Non ☐ symétriques : Oui ☐ Non ☐

Commentaires :

Examen Rhumato-Uro-Digestif :

Signes fonctionnels Rhumatologiques : Oui ☐ Non ☐ si Oui, Lesquels :

Indication à demander : Radiographie : Oui ☐ Non ☐,

Signes fonctionnels Uro-Digestifs : Oui ☐ Non ☐ si Oui, Lesquels :

Examen ORL :

Signes fonctionnels ORL : Oui ☐ Non ☐ si Oui, Lesquels :

Examen Tympan Droit : Normal ☐ Anormal ☐ Commentaires :

Tympan Gauche : Normal ☐ Anormal ☐ Commentaires :

Examen Audition / voix chuchotée : Normal ☐ Anormal ☐ non fait ☐ Commentaires :

Examen cavité buccale : Normal ☐ Anormal ☐ Commentaires :

Indication à demander : avis ORL : Oui ☐ Non ☐, avis Dentaire : Oui ☐ Non ☐,

Examen Ophtalmologique :

Signes fonctionnels Ophtalmologiques : Oui ☐ Non ☐ si Oui, Lesquels :

Acuité Visuelle à 3 ou 5 mètres :

Œil Droit : Sans correction : Avec correction :

Œil Gauche : Sans correction : Avec correction :

Equilibre : Normal ☐ Anormal ☐ Commentaires :

Conclusion : Apte ☐ Inapte ☐ Apte avec réserves ☐ :

Commentaires :
.....

Date, Tampon, Signature du Médecin :

CERTIFICAT MÉDICAL
A LA PRATIQUE DES ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES DES
JEUNES SAPEURS-POMPIERS

Article L231-2-1 du Code du sport

Je soussigné(e)Docteur en
médecine

Demeurant
à.....

Ou

Médecin de Sapeurs-Pompiers du SDIS de
.....

Certifie avoir examiné ce jour :.....

Nom et prénom du JSP

.....
.....

Né(e) le

.....
.....

JSP de la section de N° de département
.....

Et n'avoir constaté ce jour aucune contre-indication cliniquement décelable à la
pratique de toutes les activités physiques et sportives des Jeunes Sapeurs-
Pompiers et plus précisément, des disciplines suivantes en compétition :

- ✓ **Cross-country**
- ✓ **Epreuves athlétiques (saut en hauteur, poids, demi-fond, vitesse)**
- ✓ **Pompes - Tractions**
- ✓ **Natation**
- ✓ **Parcours Sportifs du Sapeur-Pompier**
- ✓ **Epreuves pratiques du brevet**

Certificat valable une année à compter du
.....

Fait à Le

Cachet et signature

✓ = Rayer la mention inutile

2^{ème} visite médicale JSP2 par un médecin civil (2 documents à compléter)

Date : Age : Année JSP :
Nom du Médecin :

Poids :kg..... Taille :cm IMC :

Examen Cardio-Pulmonaire : Tension Artérielle :/.....mmHg. Fréquence Cardiaque :bpm

Signes fonctionnels Cardio-Pulmonaire: Oui ☐ Non ☐ si Oui, Lesquels :

Auscultation Cardio-Pulmonaire : Normale ☐ Anormale ☐ Commentaires :

Tabac : Oui ☐ Non ☐ si Oui, Quantités : Peak Flow : non fait ☐ fait ☐ :l/min

Indication à demander : ECG : Oui ☐ Non ☐ RP : Oui ☐ Non ☐ EFR : Oui ☐ Non ☐

Examen Neurologique :

Signes fonctionnels Neurologiques : Oui ☐ Non ☐ si Oui, Lesquels :

Reflexes Ostéo-Tendineux : Présent Membres Sup : Oui ☐ Non ☐ symétriques : Oui ☐ Non ☐
Présent Membres Inf : Oui ☐ Non ☐ symétriques : Oui ☐ Non ☐

Commentaires :

Examen Rhumato-Uro-Digestif :

Signes fonctionnels Rhumatologiques : Oui ☐ Non ☐ si Oui, Lesquels :

Indication à demander : Radiographie : Oui ☐ Non ☐

Signes fonctionnels Uro-Digestifs : Oui ☐ Non ☐ si Oui, Lesquels :

Examen ORL :

Signes fonctionnels ORL : Oui ☐ Non ☐ si Oui, Lesquels :

Examen Tympan Droit : Normal ☐ Anormal ☐ Commentaires :

Tympan Gauche: Normal ☐ Anormal ☐ Commentaires :

Examen Audition / voix chuchotée : Normal ☐ Anormal ☐ non fait ☐ Commentaires :

Examen cavité buccale : Normal ☐ Anormal ☐ Commentaires :

Indication à demander : avis ORL : Oui ☐ Non ☐ avis Dentaire : Oui ☐ Non ☐

Examen Ophtalmologique :

Signes fonctionnels Ophtalmologiques : Oui ☐ Non ☐ si Oui, Lesquels :

Acuité Visuelle à 3 ou 5 mètres :

Œil Droit : Sans correction : Avec correction :

Œil Gauche : Sans correction : Avec correction :

Equilibre : Normal ☐ Anormal ☐ Commentaires :

Conclusion : Apte ☐ Inapte ☐ Apte avec réserves ☐ :

Commentaires :
.....

Date, Tampon, Signature du Médecin :



CERTIFICAT MÉDICAL
A LA PRATIQUE DES ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES DES
JEUNES SAPEURS-POMPIERS

Article L231-2-1 du Code du sport

Je soussigné(e)Docteur en
médecine

Demeurant
à.....

Ou

Médecin de Sapeurs-Pompiers du SDIS de
.....

Certifie avoir examiné ce jour :.....

Nom et prénom du JSP

.....
.....

Né(e) le

.....
.....

JSP de la section de N° de département
.....

Et n'avoir constaté ce jour aucune contre-indication cliniquement décelable à la
pratique de toutes les activités physiques et sportives des Jeunes Sapeurs-
Pompiers et plus précisément, des disciplines suivantes en compétition :

- ✓ **Cross-country**
- ✓ **Epreuves athlétiques (saut en hauteur, poids, demi-fond, vitesse)**
- ✓ **Pompes - Tractions**
- ✓ **Natation**
- ✓ **Parcours Sportifs du Sapeur-Pompier**
- ✓ **Epreuves pratiques du brevet**

Certificat valable une année à compter du
.....

Fait à Le

Cachet et signature

✓ = Rayer la mention inutile

✓ **3^{ème} visite médicale JSP3 par un médecin pompier (2 documents à compléter)**

Date : Age : Année JSP :
Nom du Médecin :

Poids :kg..... Taille :cm IMC :

Examen Cardio-Pulmonaire : Tension Artérielle :/.....mmHg. Fréquence Cardiaque :bpm

Signes fonctionnels Cardio-Pulmonaire: Oui ☐ Non ☐ si Oui, Lesquels :

Auscultation Cardio-Pulmonaire : Normale ☐ Anormale ☐ Commentaires :

Tabac : Oui ☐ Non ☐ si Oui, Quantités : Peak Flow : non fait ☐ fait ☐ :l/min

Indication à demander : ECG : Oui ☐ Non ☐ RP : Oui ☐ Non ☐ EFR : Oui ☐ Non ☐

Examen Neurologique :

Signes fonctionnels Neurologiques : Oui ☐ Non ☐ si Oui, Lesquels :

Reflexes Ostéo-Tendineux : Présent Membres Sup : Oui ☐ Non ☐ symétriques : Oui ☐ Non ☐

Présent Membres Inf : Oui ☐ Non ☐ symétriques : Oui ☐ Non ☐

Commentaires :

Examen Rhumato-Uro-Digestif :

Signes fonctionnels Rhumatologiques : Oui ☐ Non ☐ si Oui, Lesquels :

Indication à demander : Radiographie : Oui ☐ Non ☐

Signes fonctionnels Uro-Digestifs : Oui ☐ Non ☐ si Oui, Lesquels :

Examen ORL :

Signes fonctionnels ORL : Oui ☐ Non ☐ si Oui, Lesquels :

Examen Tympan Droit : Normal ☐ Anormal ☐ Commentaires :

Tympan Gauche: Normal ☐ Anormal ☐ Commentaires :

Examen Audition / voix chuchotée : Normal ☐ Anormal ☐ non fait ☐ Commentaires :

Examen cavité buccale : Normale ☐ Anormale ☐ Commentaires :

Indication à demander : avis ORL : Oui ☐ Non ☐ avis Dentaire : Oui ☐ Non ☐

Examen Ophtalmologique:

Signes fonctionnels Ophtalmologiques : Oui ☐ Non ☐ si Oui, Lesquels :

Acuité Visuelle à 3 ou 5 mètres :

Œil Droit : Sans correction : Avec correction :

Œil Gauche : Sans correction : Avec correction :

Equilibre : Normal ☐ Anormal ☐ Commentaires :

Conclusion : Apte ☐ Inapte ☐ Apte avec réserves ☐ :

Commentaires :

.....

Date, Tampon, Signature du Médecin :



HAUTE-LOIRE

UDSP 43



CERTIFICAT MÉDICAL
A LA PRATIQUE DES ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES DES
JEUNES SAPEURS-POMPIERS

Article L231-2-1 du Code du sport

Je soussigné(e)Docteur en
médecine

Demeurant

à.....

Ou

Médecin de Sapeurs-Pompiers du SDIS de

.....

Certifie avoir examiné ce jour :.....

Nom et prénom du JSP

.....
.....

Né(e) le

.....
.....

JSP de la section de N° de département

.....

Et n'avoir constaté ce jour aucune contre-indication cliniquement décelable à la
pratique de toutes les activités physiques et sportives des Jeunes Sapeurs-
Pompiers et plus précisément, des disciplines suivantes en compétition :

- ✓ **Cross-country**
- ✓ **Epreuves athlétiques (saut en hauteur, poids, demi-fond, vitesse)**
- ✓ **Pompes - Tractions**
- ✓ **Natation**
- ✓ **Parcours Sportifs du Sapeur-Pompier**
- ✓ **Epreuves pratiques du brevet**

Certificat valable une année à compter du

.....

Fait à Le

Cachet et signature

✓ = Rayer la mention inutile

4^{ème} visite médicale JSP4 par un médecin pompier SDIS
(2 documents à compléter)

Date : Age : Année JSP :
Nom du Médecin :

Poids :kg..... Taille :cm..... IMC :

Examen Cardio-Pulmonaire : Tension Artérielle :/.....mmHg. Fréquence Cardiaque :bpm

Signes fonctionnels Cardio-Pulmonaire: Oui ☐ Non ☐ si Oui, Lesquels :

Auscultation Cardio-Pulmonaire : Normale ☐ Anormale ☐ Commentaires :

Tabac : Oui ☐ Non ☐ si Oui, Quantités : Peak Flow : non fait ☐ fait ☐ :l/min

Indication à demander : ECG : Oui ☐ Non ☐, RP : Oui ☐ Non ☐, EFR : Oui ☐ Non ☐

Examen Neurologique :

Signes fonctionnels Neurologiques : Oui ☐ Non ☐ si Oui, Lesquels :

Reflexes Ostéo-Tendineux : Présent Membres Sup : Oui ☐ Non ☐ symétriques : Oui ☐ Non ☐
Présent Membres Inf : Oui ☐ Non ☐ symétriques : Oui ☐ Non ☐

Commentaires :

Examen Rhumato-Uro-Digestif :

Signes fonctionnels Rhumatologiques : Oui ☐ Non ☐ si Oui, Lesquels :

Indication à demander : Radiographie : Oui ☐ Non ☐,

Signes fonctionnels Uro-Digestifs : Oui ☐ Non ☐ si Oui, Lesquels :

Examen ORL :

Signes fonctionnels ORL : Oui ☐ Non ☐ si Oui, Lesquels :

Examen Tympan Droit : Normal ☐ Anormal ☐ Commentaires :

Tympan Gauche: Normal ☐ Anormal ☐ Commentaires :

Examen Audition / voix chuchotée : Normal ☐ Anormal ☐ non fait ☐ Commentaires :

Examen cavité buccale : Normal ☐ Anormal ☐ Commentaires :

Indication à demander : avis ORL : Oui ☐ Non ☐, avis Dentaire : Oui ☐ Non ☐,

Examen Ophtalmologique :

Signes fonctionnels Ophtalmologiques : Oui ☐ Non ☐ si Oui, Lesquels :

Acuité Visuelle à 3 ou 5 mètres :

Œil Droit : Sans correction : Avec correction :

Œil Gauche : Sans correction : Avec correction :

Equilibre : Normal ☐ Anormal ☐ Commentaires :

Conclusion : Apte ☐ Inapte ☐ Apte avec réserves ☐ :

Commentaires :

Date, Tampon, Signature du Médecin :

CERTIFICAT MÉDICAL
A LA PRATIQUE DES ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES DES
JEUNES SAPEURS-POMPIERS

Article L231-2-1 du Code du sport

Je soussigné(e)Docteur en
médecine

Demeurant
à.....

Ou

Médecin de Sapeurs-Pompiers du SDIS de
.....

Certifie avoir examiné ce jour :.....

Nom et prénom du JSP

.....
.....

Né(e) le

.....
.....

JSP de la section de N° de département
.....

Et n'avoir constaté ce jour aucune contre-indication cliniquement décelable à la
pratique de toutes les activités physiques et sportives des Jeunes Sapeurs-
Pompiers et plus précisément, des disciplines suivantes en compétition :

- ✓ **Cross-country**
- ✓ **Epreuves athlétiques (saut en hauteur, poids, demi-fond, vitesse)**
- ✓ **Pompes - Tractions**
- ✓ **Natation**
- ✓ **Parcours Sportifs du Sapeur-Pompier**
- ✓ **Epreuves pratiques du brevet**

Certificat valable une année à compter du
.....

Fait à Le

Cachet et signature

✓ = Rayer la mention inutile

Visite médicale JSP par un médecin (2 documents à compléter)

Date : Age : Année JSP :
Nom du Médecin :

Poids :kg..... Taille :cm IMC :

Examen Cardio-Pulmonaire : Tension Artérielle :/.....mmHg. Fréquence Cardiaque :bpm

Signes fonctionnels Cardio-Pulmonaire : Oui ☐ Non ☐ si Oui, Lesquels :

Auscultation Cardio-Pulmonaire : Normale ☐ Anormale ☐ Commentaires :

Tabac : Oui ☐ Non ☐ si Oui, Quantités : Peak Flow : non fait ☐ fait ☐ :l/min

Indication à demander : ECG : Oui ☐ Non ☐, RP : Oui ☐ Non ☐, EFR : Oui ☐ Non ☐

Examen Neurologique :

Signes fonctionnels Neurologiques : Oui ☐ Non ☐ si Oui, Lesquels :

Reflexes Ostéo-Tendineux : Présent Membres Sup : Oui ☐ Non ☐ symétriques : Oui ☐ Non ☐
Présent Membres Inf : Oui ☐ Non ☐ symétriques : Oui ☐ Non ☐

Commentaires :

Examen Rhumato-Uro-Digestif :

Signes fonctionnels Rhumatologiques : Oui ☐ Non ☐ si Oui, Lesquels :

Indication à demander : Radiographie : Oui ☐ Non ☐,

Signes fonctionnels Uro-Digestifs : Oui ☐ Non ☐ si Oui, Lesquels :

Examen ORL :

Signes fonctionnels ORL : Oui ☐ Non ☐ si Oui, Lesquels :

Examen Tympan Droit : Normal ☐ Anormal ☐ Commentaires :

Tympan Gauche : Normal ☐ Anormal ☐ Commentaires :

Examen Audition / voix chuchotée : Normal ☐ Anormal ☐ non fait ☐ Commentaires :

Examen cavité buccale : Normal ☐ Anormal ☐ Commentaires :

Indication à demander : avis ORL : Oui ☐ Non ☐, avis Dentaire : Oui ☐ Non ☐,

Examen Ophtalmologique :

Signes fonctionnels Ophtalmologiques : Oui ☐ Non ☐ si Oui, Lesquels :

Acuité Visuelle à 3 ou 5 mètres :

Œil Droit : Sans correction : Avec correction :

Œil Gauche : Sans correction : Avec correction :

Equilibre : Normal ☐ Anormal ☐ Commentaires :

Conclusion : Apte ☐ Inapte ☐ Apte avec réserves ☐ :

Commentaires :

Date, Tampon, Signature du Médecin :

CERTIFICAT MÉDICAL
A LA PRATIQUE DES ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES DES JEUNES
SAPEURS-POMPIERS

Article L231-2-1 du Code du sport

Je soussigné(e)Docteur en médecine

Demeurant à

Ou

Médecin de Sapeurs-Pompiers du SDIS de

Certifie avoir examiné ce jour :

Nom et prénom du JSP

.....

Né(e) le

.....

JSP de la section de N° de département

Et n'avoir constaté ce jour aucune contre-indication cliniquement décelable à la pratique de toutes les activités physiques et sportives des Jeunes Sapeurs-Pompiers et plus précisément, des disciplines suivantes en compétition :

- ✓ **Cross-country**
- ✓ **Epreuves athlétiques (saut en hauteur, poids, demi-fond, vitesse)**
- ✓ **Pompes - Tractions**
- ✓ **Natation**
- ✓ **Parcours Sportifs du Sapeur-Pompier**
- ✓ **Epreuves pratiques du brevet**

Certificat valable une année à compter du

Fait à Le

Cachet et signature

✓ = Rayer la mention inutile

Visite médicale JSP par un médecin (2 documents à compléter)

Date : Age : Année JSP :
Nom du Médecin :

Poids :kg..... Taille :cm IMC :

Examen Cardio-Pulmonaire : Tension Artérielle :/.....mmHg. Fréquence Cardiaque :bpm

Signes fonctionnels Cardio-Pulmonaire : Oui ☐ Non ☐ si Oui, Lesquels :

Auscultation Cardio-Pulmonaire : Normale ☐ Anormale ☐ Commentaires :

Tabac : Oui ☐ Non ☐ si Oui, Quantités : Peak Flow : non fait ☐ fait ☐ :l/min

Indication à demander : ECG : Oui ☐ Non ☐, RP : Oui ☐ Non ☐, EFR : Oui ☐ Non ☐

Examen Neurologique :

Signes fonctionnels Neurologiques : Oui ☐ Non ☐ si Oui, Lesquels :

Reflexes Ostéo-Tendineux : Présent Membres Sup : Oui ☐ Non ☐ symétriques : Oui ☐ Non ☐
Présent Membres Inf : Oui ☐ Non ☐ symétriques : Oui ☐ Non ☐

Commentaires :

Examen Rhumato-Uro-Digestif :

Signes fonctionnels Rhumatologiques : Oui ☐ Non ☐ si Oui, Lesquels :

Indication à demander : Radiographie : Oui ☐ Non ☐,

Signes fonctionnels Uro-Digestifs : Oui ☐ Non ☐ si Oui, Lesquels :

Examen ORL :

Signes fonctionnels ORL : Oui ☐ Non ☐ si Oui, Lesquels :

Examen Tympan Droit : Normal ☐ Anormal ☐ Commentaires :

Tympan Gauche : Normal ☐ Anormal ☐ Commentaires :

Examen Audition / voix chuchotée : Normal ☐ Anormal ☐ non fait ☐ Commentaires :

Examen cavité buccale : Normal ☐ Anormal ☐ Commentaires :

Indication à demander : avis ORL : Oui ☐ Non ☐, avis Dentaire : Oui ☐ Non ☐,

Examen Ophtalmologique :

Signes fonctionnels Ophtalmologiques : Oui ☐ Non ☐ si Oui, Lesquels :

Acuité Visuelle à 3 ou 5 mètres :

Œil Droit : Sans correction : Avec correction :

Œil Gauche : Sans correction : Avec correction :

Equilibre : Normal ☐ Anormal ☐ Commentaires :

Conclusion : Apte ☐ Inapte ☐ Apte avec réserves ☐ :

Commentaires :
.....

Date, Tampon, Signature du Médecin :

CERTIFICAT MÉDICAL
A LA PRATIQUE DES ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES DES JEUNES
SAPEURS-POMPIERS

Article L231-2-1 du Code du sport

Je soussigné(e)Docteur en médecine

Demeurant à

Ou

Médecin de Sapeurs-Pompiers du SDIS de

Certifie avoir examiné ce jour :

Nom et prénom du JSP

.....

Né(e) le

.....

JSP de la section de N° de département

Et n'avoir constaté ce jour aucune contre-indication cliniquement décelable à la pratique de toutes les activités physiques et sportives des Jeunes Sapeurs-Pompiers et plus précisément, des disciplines suivantes en compétition :

- ✓ **Cross-country**
- ✓ **Epreuves athlétiques (saut en hauteur, poids, demi-fond, vitesse)**
- ✓ **Pompes - Tractions**
- ✓ **Natation**
- ✓ **Parcours Sportifs du Sapeur-Pompier**
- ✓ **Epreuves pratiques du brevet**

Certificat valable une année à compter du

Fait à Le

Cachet et signature

✓ = Rayer la mention inutile