



CERTIFICAT MEDICAL

CANDIDAT

Ecrire s.v.p. lisiblement.

Prénom	_____	Nom	_____
Date de Naissance	_____	Genre	_____
Adresse	_____		
Code Postal	_____	Ville	_____
Pays	_____		
Téléphone privé.	_____	Téléphone prof.	_____
FAX	_____		
E-mail	_____		
Profession	_____		
Brevet	_____		

Avez-vous déjà fait un test médical pour la plongée? OUI NON Si oui, quand? ___ / ___ / ___

Date de votre dernier examen médical ___ / ___ / ___

MEDECIN

- Cette personne s'est inscrite ou désire suivre une activité de plongée en scaphandre autonome (plongée à l'air comprimé).
- Votre avis est requis pour déterminer des aptitudes physiques du candidat pour cette activité.

IMPRESSION DU MEDECIN

Je ne trouve aucun défaut que je puisse considérer comme incompatible avec la plongée.

Je ne peux délivrer de certificat d'aptitude à cette personne.

Inapte temporairement.

NOTES :

Nom du médecin	_____	
Adresse	_____	
Code Postal	_____	Ville _____
Pays	_____	
Téléphone	_____	

Signature du médecin + Date + Tampon

