



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
