



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