

CERTIFICAT MEDICAL CANDIDAT

s.v.p. écrire 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.
- Votre avis est requis pour déterminer les aptitudes physiques du candidat pour cette activité.

IMPRESSION DU MEDECIN

- Je ne trouve aucun problème incompatible avec la plongée.
- Je ne peux délivrer de certificat d'aptitude à cette personne.
- Inapte temporairement.

NOTES :

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

Signature du médecin/Date
