



# 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 ? 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**