



CERTIFICAT MEDICAL

De non contre-indication à la pratique de la plongée sous-marine de loisirs

Le demandeur :

Nom et prénoms :

Date de naissance :

Lieu et pays de naissance :

Adresse :

Nom et Prénoms du médecin traitant ou de famille :

.....

Adresse :

Téléphone :

Le médecin :

Le demandeur souhaite pratiquer la plongée sous-marine de loisirs avec bouteilles à l'air comprimé.

Merci de bien vouloir donner votre avis pour la pratique de cette activité de loisir par la personne nommée ci-dessus.

- Je déclare Mlle, Mme, M. de ne présenter aucune contre-indication à la pratique de la plongée sous-marine de loisirs.
- Je ne peux pas délivrer de certificat à la personne nommée ci-dessus.

Cachet du médecin

Date et signature :

Signature