

CERTIFICAT MÉDICAL

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

Le demandeur :

Nom et Prénom :

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 :