

CERTIFICAT MEDICAL

DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE ET A L'ENSEIGNEMENT DE LA PLONGEE
SUBAQUATIQUE

Je, soussigné(e), Docteur _____,
demeurant _____

CERTIFIE AVOIR EXAMINE

M/Mme _____ né(e) le [_____] [_____] [_____]

demeurant : _____

et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de contre-indication médicale à la pratique et à l'enseignement de la plongée subaquatique

Observations éventuelles : _____

Fait à : _____, le _____

Signature et cachet du médecin