

CANDIDAT

Ecrire s.v.p. lisiblement.

Prénom/Nom _____ Date de Naissance _____
(Jour/Mois/An)

Adresse _____

Ville _____

Pays _____ Code Postal _____

Tél. privé () _____ Tél. prof. () _____

E-mail _____ FAX _____

Nom et adresse de votre médecin traitant ou de famille

Prénom/Nom _____ Clinique / Hôpital _____

Adresse _____

Date de votre dernier examen médical _____

Nom du médecin traitant _____ Clinique / Hôpital _____

Adresse _____

Téléphone () _____ E-mail _____

Avez-vous déjà fait un test médical pour la plongée? OUI NON Si oui, quand? _____

MEDECIN

Cette personne s'est inscrite ou désire suivre une activité de plongée en scaphandre autonome (plongée à l'air comprimé). Votre avis est requis pour déterminer des aptitudes physiques du candidat pour cette activité.

Impression du médecin

- 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.

Notes

Signature du médecin _____ Date _____
(Jour/Mois/An)

Prénom/Nom _____ Clinique / Hôpital _____

Adresse _____

Téléphone () _____ E-mail _____