



Certificat médical d'aptitude à la pratique du sport

Cachet du médecin

Je soussigné, Docteur :

Adresse :

Certifie avoir examiné ce jour

Mr, Mme, Mlle

Date de naissance / /

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents, contre-indiquant

la pratique du sport suivant : **plongée scaphandre**

- Sans réserve
- Sous la (les) réserve (s) suivantes (s) :

fait à , le / / 20

Signature

* Ce certificat est valable un an à dater de son établissement