



abcdive972@gmail.com
+596 6 96 71 55 44

Certificat médical de non contre-indication à la pratique de la plongée sous-marine

Médecin : (remplir ou entourer la bonne rubrique)

Fédéral n° :

Ou Activités subaquatiques

Ou autre (de Famille, du Sport...)

Atteste avoir examiné ce jour :

Plongeur :

NOM et prénom :

Né(e) le :

A :

Demeurant :

Et ne pas avoir constaté, ce jour, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations, de contre-indication cliniquement décelable à la pratique de la plongée sous-marine.

J'ai pris connaissance de la liste des contre-indications à la pratique de la plongée sous-marine établie par la fédération délégataire (FFESSM).

http://medical.ffessm.fr/wp-content/uploads/CMPN.Contre_Ind-1-3_1_.pdf

Fait à

le

Signature et cachet :