

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DES ACTIVITÉS SUBAQUATIQUES

Je soussigné(e) Dr

Docteur en médecine, certifie que l'examen de Monsieur / Madame

.....

Agé (e) de....., né(e) le/...../.....

ne révèle pas de contre-indication à la pratique de la plongée sous-marine, de l'apnée,
et du snorkeling.

Certificat établi à.....

Le

Nom, prénom et signature du médecin