

# 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 \_\_\_\_\_