

Ecole de Plongée: TECH - OCEAN  
Adresse: PORT DE SOCOA  
45 Avenue du Commandant PASSICOT  
64500 CIBOURE  
Tél./Fax. :05.59.47.96.75 G.S.M.: 06 16 36 11 76

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DES ACTIVITES SUBAQUATIQUES

Je soussigné,  
Docteur en Médecine, titulaire d'un C. E. S. de biologie et de médecine sportive

- avoir pris connaissance de la liste des contre indications à la pratique de la plongée sous-marine
- avoir examiné

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nom :

Prénom :

Adresse

N° Nom de la voie :

Bat : Appt. :

Etage :

Code postal : Ville:

Date de naissance : Lieu de naissance :

Téléphone : G.S.M : Télécopie :

E-mail :

, certifie que cette personne est apte et ne présente pas de contre indication à la pratique de la plongée sous-marine en scaphandre à l'air.

Fait à :

le :

Signature et cachet

Note de Restriction ou d'observations éventuelles à l'attention des encadrants brevetés d'état :

- allergies
- groupe sanguin :
- interdictions formelles
- autres