

Certificat médical

À REMETTRE IMPÉRATIVEMENT LE JOUR DU DÉPART (NE PAS ENVOYER PAR COURRIER)

Je soussigné(é), Docteur _____

certifie avoir examiné le ou la jeune :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____

Et déclare que celui/celle-ci ne présente aucune contre indication :

à pratiquer durant son séjour l'une des activités suivantes :

La plongée

Signature :

MERCI D'APPOSER VOTRE CACHET