

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné.....

Docteur en médecine, certifie avoir examiné

Monsieur / Madame

Né(e) le

et ne présente à ce jour aucune contre-indication cliniquement décelable, physique ou psychique, pour la pratique de sauvetage en mer et fleuve , la pratique de secourisme terrestre et de participer aux activités de secourisme nautique et terrestre.

Fait à _____ le ____ / ____ /2019

Nom, cachet et signature du médecin