

**MODÈLE DE CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION  
À LA PRATIQUE ET À L'ENCADREMENT DES ACTIVITÉS PRATIQUÉES  
POUR LES TESTS D'ENTREE ET AU COURS DE LA FORMATION**

**Recyclage quinquennal plongée**

*Obligatoire et daté de moins de 3 mois à la date de l'entrée en formation ou du recyclage*

Je soussigné(e),....., docteur en médecine,  
certifie avoir examiné, M./ Mme. ....,  
et n'avoir constaté à la date de ce jour aucune contre-indication médicale apparente à l'exercice et à l'encadrement  
**à la plongée subaquatique.**

Merci de préciser ci-dessous toute allergie ou tout médicament qui pourraient être contre-indiqués :

.....  
.....

Fait à .....

le.....

(Signature et cachet obligatoire du médecin)