



## FORMULAIRE DE VISITE MEDICALE

A remplir par le plongeur (en caractère d'imprimerie) et à signer avant la visite médicale

Nom : .....	Prénom : .....	
Date de naissance : ...../...../.....	Brevets : .....	
Numéro du registre des brevets : .....		
Adresse : .....	N°: .....	
Ville : .....	Code postal : .....	Pays : .....
Nom du club : .....		
Date de la visite médicale : ...../...../.....		
Signature du plongeur : .....		

Cachet du Club

## ATTESTATION MEDICALE (MEDICAL CERTIFICATE)

Partie à remplir par le médecin : cocher la case adéquate après la consultation médicale. L'attestation est valable un an jour pour jour.

(Left to fill by the doctor: to tick the adequate compartment after the medical consultation. The certificate is valid one year days for days)

apte à pratiquer la plongée en scaphandre autonome en piscine et eaux libres.  
(Capable of practicing the dive in aqualung in swimming pool and free waters).

Inapte temporairement (Unfit temporarily)

Inapte définitivement (Unfit definitively)



Date, signature et cachet du médecin

Le : .....

Association des instructeurs de plongée

Ecole de plongée Amphiprion, Rue du Vieux Curé 3  
6940 Durbuy (Belgique) Tél. 0479/662580 [www.amphiprion.be](http://www.amphiprion.be)