

**AVIS MEDICAL**  
**D'APTITUDE AUX INTERVENTIONS EN MILIEU HYPERBARE**

Je soussigné(e) docteur :

Médecin hyperbare

Médecin de la plongée

autre

Certifie, après l'avoir examiné(e) que :

Mr - Mme - Mlle

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

à :

Est déclaré(e) :

APTE

INAPTE

Aux interventions en milieu hyperbare

CLASSE :

MENTION :

Date de limite de validité de cette décision :

Fait à :

Le :

Signature :

Cachet du médecin