



CERTIFICAT D'APTITUDES PHYSIQUES DES CANDIDATS MEDIC- SECU DZ

CADRE RESERVE AU MEDECIN CONSULTANT

Je soussigné.e, Docteur en Médecine,

Certifie avoir examiné ce jour,

Nom : -----

Prénom : -----

**Après examen du patient, je déclare que
l'intéressé.e :**

satisfait

ne satisfait pas

**aux conditions d'aptitudes physiques et
psychiatriques requises par cette
activité.**

Fait à -----

Le ____ / ____ / ____

Signature et cachet du Médecin consultant :

CADRE RESERVE AU CANDIDAT « MEDIC-SECU DZ »

Je soussigné.e,

Nom : -----

Prénom : -----

Né.e le : ____ / ____ / ____

A : -----

Adresse actuelle : -----

Déclare avoir pris connaissance des risques
liés à cette activité et des conditions d'aptitudes
physique et psychiatrique nécessaires. *

Déclare n'avoir dissimulé aucune information
médicale me concernant au médecin
consultant. *

M'engage à signaler toute modification de
mon état de santé qui surviendrait entre la
rédaction de ce certificat

***Les 3 doivent être cochées sous peine de nullité**

Fait à -----

Le ____ / ____ / ____

Signature du candidat parachutiste :