



## 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 :