

C E R T I F I C A T M E D I C A L

**Exigé pour l'inscription à l'examen du brevet professionnel polynésien
de guide d'activités physiques de pleine nature, mention plongée
subaquatique**

Je soussigné(e), Docteur _____

certifie que _____

né(e) le _____ à _____

demeurant à _____

ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique et à
l'encadrement de la plongée subaquatique.

Fait à _____, le _____

Signature et cachet