

**AVIS MEDICAL D'APTITUDE AUX INTERVENTIONS**

**EN MILIEU HYPERBARE**

Je soussigné Docteur,

DIU ou DU Médecine Hyperbare       DIU ou DU Médecine de la plongée       Autre

certifie, après l'avoir examiné(e) :

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