

Examen Médical du Plongeur | Formulaire d'évaluation du médecin

Nom du participant	Date de naissance
(en CAPITALES)	Date (jj/mm/aaaa)

La personne susmentionnée demande votre avis sur son aptitude médicale à participer à une formation ou à une activité de plongée sous-marine ou de plongée en apnée. Si nécessaire, vous pouvez consulter [uhms.org](https://www.uhms.org) pour obtenir des conseils médicaux sur les conditions médicales liées à la plongée. Passez en revue les domaines pertinents pour votre patient dans le cadre de votre évaluation.

Résultat de l'Evaluation

☐ Approuvé - J e ne trouve aucune condition que je considère incompatible avec la plongée loisir ou l'apnée.

☐ Non approuvé - J e trouve des éléments que je considère incompatibles avec la plongée sous-marine ou l'apnée.

Signature d'un médecin certifié ou d'un prestataire de soins de santé légalement certifié	Date (jj/mm/aaaa)
---	-------------------

Nom de l'examineur	Spécialité
en CAPITALES	

Clinique/Hôpital

Adresse

Téléphone	E mail
-----------	--------

Cachet du médecin/Clinique (optionnel)

Créé par la [Diver Medical Screen Committee](#) en association avec les organismes suivants:
The Undersea & Hyperbaric Medical Society
DAN (US)
DAN Europe
Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego