

CERTIFICAT MÉDICAL

Validité limitée à 3 mois

Je soussigné(e), Docteur en médecine à,

certifie avoir examiné ce jour M, candidat à l'examen du certificat de capacité pour la conduite d'une péniche de plaisance en navigation intérieure (**permis « P.P. »**).

Après avoir pris connaissance de l'annexe n° I à l'arrêté ministériel du 19 décembre 2003 et de la liste exhaustive des affections incompatibles avec la délivrance du permis « P.P. », je certifie que M n'est atteint d'aucune de ces affections et qu'il (elle) est apte à la pratique de la navigation intérieure.

Observations éventuelles :

Fait à :

le | _ | _ | | | | | | | | | |

Important :

Un extrait de l'annexe I de l'arrêté du 19 décembre 2003 portant sur les conditions d'aptitude physique figure dans la notice jointe.

Signature du praticien

Cachet obligatoire