

ANNEXE

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné (1) :

Certifie que Mr.....
né(e) leà

répond

ne répond pas

Aux conditions médicales :

Classe I

Classe 2

Classe 3

Remarques particulières :

Limite de validité pour raison médicale :

Oui

Durée :

Non

Restrictions ou exigences éventuelles à reporter sur la licence :

.....

Fait à, le

(Signature et cachet du médecin)

Destinataire : - L'intéressé ()
- Bureau des licences ()
- Dossier Médical ()
- L'exploitant ()

(1) Nom & Prénom du médecin agréé