



SDIS 17

Service de Santé et de Secours Médical

CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE

(arrêté du 6 mai 2000 modifié)

Je soussigné (*nom, prénom*), docteur en médecine, médecin sapeur-pompier du Service départemental d'Incendie et de Secours de

Certifie avoir examiné ce jour, conformément à l'arrêté du 6 mai 2000 modifié :

monsieur, madame, (*nom, prénom*)

né (e) le/...../.....

candidat au recrutement comme sapeur-pompier volontaire surveillant des baignades au sein du SDIS de Charente-Maritime.

Il (elle) est à jour des recommandations du bulletin épidémiologique hebdomadaire numéro 10-11 du 22 mars 2011 pages 106,107 et 118 pour les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et l'hépatite B.

Il (elle) est apte médicalement aux fonctions de sapeur-pompier volontaire surveillant des baignades.

Nombre de case (s) coché (es) :

Date :/...../.....

Cachet et signature du médecin sapeur-pompier