



SDIS 17

Service de Santé et de Secours Médical

CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE

(arrêté du 6 mai 2000 modifié)

Ce certificat doit être complété uniquement par un médecin sapeur-pompier

Je soussigné (nom, prénom), médecin sapeur-pompier du
Service départemental d'Incendie et de Secours de (précisez le département)

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 (2018) au sein du SDIS
de Charente-Maritime.

Il (elle) est à jour des vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite (page 9) et l'hépatite
B (pages 16 à 18 ; 37-38) (réf : calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2017 du 20 avril
2017).

**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