



Je soussigné(e),

\_\_\_\_\_

Certifie que Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Est :

**APTE** pour une durée de validité limitée à \_\_\_\_\_ et à réexaminer par la commission médicale du SDIS Altis  Oui  Non

**APTE** avec les restrictions ou dispenses suivantes :

Dispositif de correction de la vision

Port d'un appareil de prothèse

Dispense du port de la ceinture de sécurité

**INAPTE**

Fait le \_\_\_\_\_

à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Signature SDIS

