

Je soussigné(e),

**Adjudant Paul Edward**

**Jackson Morrow**

Certifie que Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Est :

**1 an**

[x] **APTE** pour une durée de validité limitée à et à réexaminer par la commission médicale du SDIS Altis [x] **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**

**30 septembre 2021**

Fait le

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

Signature SDIS

