



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

