



Je soussigné,

[Adjudant] Jeff Teacher

Certifie que Madame, Mademoiselle, Monsieur, Cozart Calvin.

Est:

APTE pour une durée de validité limitée à 3 mois et à réexaminer par

la commission du SDIS Altis Non.

Avec les restrictions suivantes:

~~-Dispositif de correction de la vision—~~

~~-Port d'un appareil de prothèse—~~

~~-Dispense du port de la ceinture de sécurité—~~

Fait le 07/09/2022

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

Signature SDIS

