



**INSTITUT NATIONAL DE PLONGEE PROFESSIONNELLE**  
et d'intervention en milieu aquatique et hyperbare

**AVIS D'APTITUDE MEDICALE  
AUX INTERVENTIONS EN MILIEU HYPERBARE  
(pour les candidats libres)**



**Arrêté du 28 Mars 1991**



**AVIS D'APTITUDE MEDICALE**  
**AUX INTERVENTIONS EN MILIEU HYPERBARE**

Je soussigné Docteur .....

Médecin généraliste,  Médecin hyperbare,  Médecin du sport,  Médecin des Gens de Mer  
(cocher la ou les cases appropriée(s))

certifie, après l'avoir examiné(e) et pris connaissance des examens complémentaires réalisés conformément aux dispositions de l'arrêté du 28 Mars 1991 définissant les recommandations aux médecins du travail chargés de la surveillance médicale des travailleurs intervenant en milieu hyperbare, que :

Mr - Mme - Melle .....  
Né(e) le .....

SATISFAIT aux conditions d'aptitude médicale aux interventions en milieu hyperbare  
Classe ..... Mention .....

Date de limite de validité de cette décision : .....

Fait à : ..... Le : .....

Signature

**NB : Cet avis ne constitue pas la fiche d'aptitude médicale** prévue par l'article R .241 6 57 du code du travail, qui doit être établie par le médecin du travail dont dépend l'intéressé.