

# CERTIFICAT MÉDICAL POUR VOYAGE

Aptitude au vol · Visa · Voyage international

Dr : \_\_\_\_\_ N° RPPS : \_\_\_\_\_

Cabinet / Établissement : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

## CERTIFIE L'APTITUDE MÉDICALE AU VOYAGE ET AU TRANSPORT AÉRIEN

Assuré(e) / Patient(e) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

N° de passeport : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

## APTE AU VOL / FIT TO FLY

Aucune contre-indication médicale au voyage aérien et aucune maladie infectieuse ou transmissible active n'est constatée.

Destination : \_\_\_\_\_ Date du voyage : \_\_\_\_\_

### DIAGNOSTIC(S) ACTIF(S) / ÉTAT DE SANTÉ :

### CONDITIONS PARTICULIÈRES / ASSISTANCE MÉDICALE EN VOYAGE :

☐ Aucune ☐ Oxygène à bord ☐ Fauteuil roulant ☐ Médication spéciale ☐ Accompagnement médical ☐ Civière

### OBSERVATIONS :

Établi à : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature et cachet du médecin