

Certificat médical de non contre-indication à la pratique des activités de la réserve citoyenne des sapeurs-pompiers du Doubs

Je soussigné(e), Docteur en médecine et **médecin traitant** de Me / Mr, né(e) le/...../....., certifie l'avoir examiné(e) et :

- n'avoir constaté ce jour aucune contre-indication cliniquement décelable à la pratique de toutes les activités de la réserve citoyenne des sapeurs-pompiers du Doubs : soutien à l'organisation de formations ou d'exercices, promotion des activités des sapeurs-pompiers et de l'éducation de la population à la culture du risque, représentation, manutention manuelle de matériel, convoyage de véhicules du SDIS avec ou sans passager jusqu'à 8 personnes en plus du conducteur, missions d'intendance)

- avoir constaté une contre-indication à la pratique des activités de la réserve citoyenne des sapeurs-pompiers du Doubs ci-dessous : *(cochez les activités interdites)*
 - port de charges supérieures à 15 kg
 - port de charges supérieures à 25 kg
 - conduite de véhicules légers (< 3,5 tonnes), hors intervention
 - autres activités contre-indiquées :

Certificat valable un an, remis en main propre à l'intéressé, pour faire valoir ce que de droit

Fait à, le/...../.....

Cachet et signature du médecin traitant