



## CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

**Docteur en médecine, certifie que l'enfant :**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

- ☐ ne présente pas de contre-indication à un tour d'avion d'environ 20 minutes sur avion léger à une altitude ne dépassant pas 500 m au-dessus du niveau du sol.
- ☐ ne présente pas de contre-indication à un tour d'avion d'environ 30 minutes sur avion de transport pressurisé.

Fait à

le

SIGNATURE