

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION

À l'engagement au sein de la réserve intercommunale de sécurité civile

Cachet et coordonnées du praticien :

Je soussigné(e), Docteur, certifie avoir examiné ce jour :

Monsieur/Madame

Né(e) le/...../..... à

Et ne pas avoir constaté, à la date de ce jour et à l'examen clinique, de contre-indication apparente à son engagement au sein de la réserve intercommunale de sécurité civile, pour les missions suivantes (cocher les cases correspondantes) :

- ☐ Missions de sensibilisation, d'information et de logistique légère (sans port de charges ni effort physique soutenu)
- ☐ Missions nécessitant un effort physique modéré : port de charges, déplacement prolongé, station debout prolongée, intervention en extérieur par tous temps
- ☐ Conduite de véhicule dans le cadre des missions de la réserve, sous réserve de la détention d'un permis en cours de validité

Le présent certificat est délivré à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre, pour faire valoir ce que de droit dans le cadre de son dossier d'engagement au sein de la réserve intercommunale de sécurité civile.

Ce certificat ne préjuge pas d'une aptitude à des missions relevant exclusivement des services professionnels de secours, auxquelles le réserviste ne participe pas.

Validité : le présent certificat est valable douze mois à compter de sa date de signature, et doit être renouvelé à son échéance pour permettre la poursuite de l'engagement.

Fait à, le/...../.....

Signature et cachet du praticien :

À l'attention du réserviste : ce certificat est à remettre au référent de la réserve intercommunale de sécurité civile, accompagné du contrat d'engagement signé.