

Vous avez pris rendez-vous pour une visite au Centre Hyperbare à l'Hôpital Sainte Marguerite. Nous vous remercions de bien vouloir remplir cette fiche et nous la retourner par mail.

Nom : **Prénom :**

Date de Naissance :

Adresse domicile :
.....

Téléphone : **Mail :**

Situation familiale :..... **Nb d'enfants :**

Profession :.....

Médecin traitant :

Vous êtes un plongeur

Loisir **A quel club êtes-vous inscrit ?**

Professionnel **Employeur :**

Classe : **Mention :**

Date 1^{ère} visite professionnelle :

Médecin du travail :

Adresse :

Tél : **Mail :**

Les visites médicales dans le cadre de l'aptitude professionnelle aux interventions en milieu hyperbare sont à la charge de l'employeur. Merci de nous fournir un bon de prise en charge.

MERCI DE VOUS PRESENTER AVEC VOTRE CARNET DE VACCINATION ET VOTRE CARNET DE PLONGEE OU D'EXPOSITION HYPERBARE