



AQUA DELTA DIVERS



Datum :
Date :

.....

Ondergetekende Dokter :
Undersigned Doctor :

.....

Verklaart hiermede dat :
Hereby declares that :

Naam en voornaam :
Name and surname :

.....

Geboortedatum :
Date of birth :

.....

Adres :
Address :

.....

**Geschikt bevonden is om de duiksport te beoefenen.
Suitable for practicing diving sport.**

Datum van medisch onderzoek :
Date of medical examination :

.....

Handtekening en stempel Dokter :
Signature and stamp Doktor :

Opmerking: Indien de gezondheidstoestand zou veranderen dient men onmiddellijk contact te nemen met de Dokter en de Duikschool.

Note: In case the state of health would change, the Diving School and Doctor must be informed immediately.