



## CERTIFICAT MEDICAL

Ce document, obligatoire pour tous les passagers, doit être validé et signé par le médecin traitant moins de 30 jours avant la date prévue du départ.

Je certifie que ..... Age .....  
est en bonne santé et capable de voyager ..... jours à bord d'un cargo porte-containers **sans médecin, infirmier ou service hôpital à son bord.**

Est-ce que ce passager est infirme par raison d'âge ou de maladie ? OUI ..... NON .....  
Est ce que ce passager est sous traitement ? ..... Si oui, merci de spécifier :  
.....  
.....

*Est ce que ce passager a eu des antécédents en ce qui concerne :*  
Vertiges, pertes de connaissance, crise d'épilepsie ou autres, pertes de mémoire .....  
Désordres nerveux ou mentaux .....  
Tuberculose ou longues maladies .....  
Problèmes de cœur ou de pression artérielle .....  
Insensibilité de certains membres, faiblesses .....  
Problèmes gastriques, ulcères .....  
Problèmes de vessie, de foie, ou des reins .....  
Besoin de l'utilisation d'une canne ou de béquilles .....  
Problèmes de vue ou d'audition .....  
Asthme .....  
Besoin de l'utilisation d'un appareil respiratoire ou autres .....  
Femme enceinte/grossesse (nombre de mois) .....  
Problèmes de vertèbres ou articulations (sciatique chronique, prothèse de hanche ...)  
Handicap physique affectant la motricité .....  
Test de mobilité (obligatoire) .....  
Le passager est-il allergique (médicaments/vaccinations) ? Lesquels ? .....

Si « Oui » à certains de ces problèmes, merci de développer  
.....  
.....

Est-ce que ces problèmes de santé n'empêchent en aucun cas le passager à voyager sur un tel navire ? .....

Depuis combien de temps êtes-vous le médecin de ce passager ? .....

Nom du médecin ..... Signature/Cachet du médecin.....  
Adresse du médecin .....  
Téléphone ..... Date .....

---

Je certifie avoir été informé qu'il n'y a pas de médecin, infirmier ou structure médicale à bord des navires porte-conteneurs de la Compagnie Maritime CMA CGM.  
Je certifie que le certificat médical ci-dessus est correct à ma connaissance.  
Je m'engage, dans l'éventualité de maladie ou d'accident pouvant mettre en danger la santé des autres personnes ou de moi-même, à débarquer du navire à la demande du Commandant à n'importe quelle escale désignée.  
Je déclare dégager le propriétaire du navire et/ou la Compagnie CMA CGM et/ou la Compagnie CMA CGM Antilles-Guyane et/ou le Commandant du navire et/ou leurs agents et/ou les sous-traitants, de toute responsabilité en cas de préjudice corporel pouvant m'arriver ou de toute maladie dont je pourrais être atteint pendant ce voyage.

Fait à ....., le .....

**Navire :** ..... **Date de départ :** .....

**Signature, précédée de la mention « Lu & Approuvé »**