

**NOM Prénom** \_\_\_\_\_

**Cotisation :**  
**Assurance :**  
**Certificat médical :**  
 IES  Handi  Sport santé

**Genre :**  H  F **Nom de naissance** (si différent du nom d'usage) \_\_\_\_\_

**Né(e) le** \_\_\_\_\_ **à** (ville, code postal) \_\_\_\_\_

**Adresse** \_\_\_\_\_

**CP :** \_\_\_\_\_ **Ville :** \_\_\_\_\_

**Tél :** \_\_\_\_\_ **Mail :** \_\_\_\_\_

**Personnes à prévenir en cas d'urgence (2 personnes, 2 numéros si possible) :** \_\_\_\_\_

**Niveau de plongée** \_\_\_\_\_ **Nb de plongées** \_\_\_\_\_ **Autre** \_\_\_\_\_

**Renseignements médicaux (allergies, médicaments prescrits.....)** \_\_\_\_\_

## COTISATIONS

### **1<sup>er</sup> cas : membre actif à l'année avec Bénévole Team**

**Bénévole Team :** chaque adhérent s'engage à participer à au moins 2 journées d'aide (actions éducatives, entretien bateau, local, matériel...) dont a minima une action éducative hors week-end.

		Licence	Cotisation	Piscine	Formation	Plongées	Total
Enfant (Etoile de Mer)		13	37	30	20	-	100 €
Handisport		48	37	-	20	(FFH)	105 €
Sport santé		48	37	50	-	-	135 €
Adulte et jeune (plongées Sète et bord incluses)	Prépa P1, P2, PA40/P3, P4	48	37	50	50	70	255 €
	Complément P3 suite PA40 validé	0 si déjà acquittée	0 si déjà acquittée	-	20		20 €
	Initiateur, training, PE12	48	37	-	50	70	205 €
	Hors formation	48	37	-	-	70	155 €
Encadrant		48	37	-	-	40	125 €

**Réductions (\*) :**  
 (\*) cumulables dans la limite du montant de la licence  
 Equipement complet : - 30 € / Jeune (12 à 18 ans et étudiants) : - 50 €  
 Famille : - 20 € par membre (applicable à partir du 2<sup>ème</sup> adhérent)  
 Membres du comité directeur et responsables de commission : - 30 €

**Engagement :** Je m'engage en tant qu'adhérent à contribuer à la vie associative d'Odyssee.

Pour la piscine, je choisis d'aider (cochez votre choix) :

- Au chargement de 19h à 19h30 au local  
 Au déchargement de 22h à 22h30 au local

Je m'engage aussi à contribuer à au moins 2 journées bénévole team.

**Signature :**

### **2<sup>ème</sup> cas : accueil fédéral – membre licencié**

L'adhérent bénéficie des activités en accueil fédéral sans œuvrer bénévolement. Il paye la licence et la cotisation puis verse une participation pour chaque plongée ou activité (cf. ci-dessous).

	Licence	Cotisation	Total	A chaque plongée	TIV	RIFAP
Inscription	48	37	85€	15€	10€	20€
Participation						

### **3<sup>ème</sup> cas : sport santé**

Le « SPORT SANTE » relève de l'Activité Physique Adaptée (APA) et nécessite une prescription médicale. L'activité avec licence est prise en charge financièrement par la Maison Sport Santé de Sète pour les personnes adressées par celle-ci. Pour les autres, il convient de se reporter à la cotisation prévue en tant que membre actif d'Odyssee (cf. tableau ci-dessus)

## **Certificat Médical (CACI)**

L'inscription ne sera effective qu'à la délivrance d'un certificat médical d'absence de contre indication (CACI) à la pratique de la plongée sous-marine de moins d'un an. Le **questionnaire médical** figurant aux pages 9 et 10 du dossier d'inscription est **CONFIDENTIEL** et ne doit pas être remis à Odyssee.

Le modèle de certificat médical recto-verso à utiliser figure en pages 7 et 8 du présent dossier. Ce certificat peut être signé par **tout médecin inscrit à l'ordre** (y compris généraliste), **sauf** pour :

- les plongeurs en situation de **handicap**,
- les plongeurs concernés par une **contre-indication** décelée mentionnée dans le tableau établi par la commission médicale et prévention de la FFESSM au dos du certificat médical (cf. page 8 du présent dossier, pathologies marquées par une étoile (\*) et les autres pathologies),
- les plongeurs ayant répondu au moins une fois « **oui** » **dans le questionnaire médical confidentiel** figurant en annexe (cf. pages 9 et 10 du présent dossier).

Dans les trois cas précités, le certificat médical doit être signé par un médecin fédéral ou un médecin diplômé de médecine subaquatique et/ou hyperbare ou un médecin du sport.

**A remplir, dans le cas où le certificat médical n'a pas été délivré par un médecin fédéral, un médecin diplômé de médecine subaquatique et/ou hyperbare ou un médecin du sport :**

Je soussigné(e) (nom et prénom) \_\_\_\_\_  
certifie avoir répondu « **NON** » à l'ensemble du questionnaire médical  
(pages 6 et 7 du présent dossier) et ne pas être concerné(e) par une  
contre-indication mentionnée dans le tableau en page 8 décelée.

**Signature :**

## **Collecte et utilisation des données à caractère personnel**

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le secrétariat d'Odyssee pour la gestion administrative des adhérents, l'organisation des activités et la communication associée. Les bases légales du traitement sont l'accord libre, spécifique, éclairé et univoque, l'exécution des missions de l'association et la satisfaction de son intérêt légitime ainsi que le respect légal de l'obligation relative à la vérification de honorabilité des encadrants et dirigeants.

Les données collectées seront également enregistrées dans la base de données fédérale permettant notamment l'obtention de la licence FFESSM. Elles peuvent être communiquées, en interne à l'association, notamment aux responsables de son fonctionnement (membres du comité directeur), aux directeurs de plongées et aux encadrants responsables des formations dans la limite des données qui leur sont nécessaires. Les données sont conservées pendant une durée maximale de 2 ans (c'est-à-dire un an après la fin de la dernière saison d'adhésion).

Vous pouvez accéder aux données vous concernant et les rectifier. Vous pouvez également exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données ou demander leur effacement auquel cas votre adhésion à l'association prendra fin. Consultez le site [cnil.fr](http://cnil.fr) pour plus d'informations sur vos droits. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter le secrétariat Odyssee à cette adresse : [secretariat@odyssee-sub.org](mailto:secretariat@odyssee-sub.org) . Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Je soussigné(e) (nom et prénom) \_\_\_\_\_  
consent, de manière libre et éclairée, à l'utilisation par Odyssee de  
mes données personnelles dans le respect du règlement général sur  
la protection des données (RGPD) et le cadre mentionné ci-dessus.

**Signature :**

## **Cession de droit à l'image**

J'autorise Odyssee, ses partenaires et la FFESSM à utiliser les photos et/ou films réalisés au cours des activités, avec mon image, et ceci uniquement dans le cadre de leur promotion (articles de presse, magazines sportifs, fiches et dossiers d'information, publications sur les sites officiels d'Odyssee, de ses partenaires et de la FFESSM).

Ces photos et/ou films ne seront ni vendus ni utilisés à d'autres usages que ceux précités. La publication ou la diffusion de ces images ainsi que les commentaires ou légendes les accompagnants ne devront pas porter atteinte à ma dignité, à ma vie privée et à ma réputation

Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques et vidéo m'est garanti. Je pourrais à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et je dispose du droit de retrait de ces fichiers si je le juge utile.

**Signature de l'adhérent** et des parents pour les mineurs  
Précédée de « lu et approuvé »

## Honorabilité des encadrants et dirigeants

Un contrôle de l'honorabilité des encadrants de plongée (enseignants, guides de palanquée) et des dirigeants bénévoles d'Odyssee sera réalisé par les services de l'Etat. Les encadrants ou dirigeants qui refusent de se soumettre à cette obligation doivent le signaler et ne pourront plus exercer à Odyssee.

Je soussigné(e) (nom et prénom) \_\_\_\_\_  
atteste avoir été informé(e) qu'une vérification de l'honorabilité des  
encadrants et dirigeants sera réalisée par les services de l'Etat.

Signature :

## Autorisation parentale pour les mineurs

Je soussigné(e) (nom et prénom du parent) \_\_\_\_\_ autorise  
mon enfant mineur à **pratiquer la plongée sous marine en scaphandre** et  
les activités fédérales connexes de la FFESSM et déclare avoir pris  
connaissance du règlement intérieur du Club. S'il dispose des prérogatives de  
plongeur PA12, PA20 ou PA40, mon enfant peut-être autorisé par le Directeur de  
plongée à **évoluer en autonomie (sans encadrement)** en palanquée en  
partage de responsabilité avec d'autres plongeurs de même niveau.

Signature :

Pour toute plongée ou sortie extérieure d'un enfant mineur, la **présence d'un représentant légal** est obligatoire ou à défaut celle d'un autre adulte ayant reçu une délégation ponctuelle de l'autorité parentale. La fiche sanitaire CERFA 10008\*02 devra être remplie en mentionnant, dans le paragraphe « observations », le nom de la personne majeure responsable ponctuellement de l'enfant.

Pour les entrainements en piscine, le responsable de l'activité prend en charge les mineurs sur les temps d'entrainement prévus. Les parents doivent être présents avant et après la séance (sauf pour les adolescents âgés d'au moins 14 ans dont le responsable légal a signé l'autorisation de venir et repartir seul ci-dessous).

**Pour les adolescents (14/18 ans) :** Je soussigné(e) \_\_\_\_\_  
 autorise  n'autorise pas  
mon enfant \_\_\_\_\_ âgé de 14ans au moins  
à venir et à repartir seul, par ses propres moyens à la piscine du vendredi soir

Signature:

## Assurance (information sur l'assurance individuelle)

La licence fédérale couvre votre **Responsabilité Civile UNIQUEMENT** mais ne vous couvre pas en cas d'accident sans tiers responsable. Nous vous conseillons de vous renseigner auprès de votre mutuelle ou assurance personnelle pour connaître votre couverture individuelle en plongée. Une assurance individuelle groupe fédérale est proposée en **complément** auprès de l'assureur Lafont Assurances (contrat groupe FFESSM, cf. tableau des garanties en page suivante ou sur [www.ffessm.lafont-assurances.com](http://www.ffessm.lafont-assurances.com))

**1<sup>er</sup> cas : je souscris à l'assurance groupe fédérale complémentaire LAFONT ASSURANCES**

- Assurance Loisir 1 (coût 23,5 €)
- Assurance Loisir 2 (cout 28 €)
- Assurance Loisir 3 (coût 48 €)
- Autre assurance (précisez) : .....

Chèque complémentaire séparé à **l'ordre d'ODYSSEE** à joindre au dossier d'inscription.

**2<sup>ème</sup> cas : je ne souscris pas à l'assurance groupe fédérale complémentaire individuelle accident**

Je soussigné(e) (nom et prénom) \_\_\_\_\_  
atteste par la présente avoir été informé(e) de la faculté et de  
l'intérêt de souscrire une assurance individuelle. Je reconnais  
également avoir eu accès à la notice "résumé des garanties"

Signature :



Plus d'information auprès de l'assureur :

[www.ffessm.lafont-assurances.com](http://www.ffessm.lafont-assurances.com)



# Tableau des garanties d'assurance Axa Lafont

ASSURANCE PLONGÉE ET ACTIVITÉS DE LA FFESSM	MONTANT DES GARANTIES							
	TOUTES DISCIPLINES							NAGE AVEC PALMES, HOCKEY, TIR SUR CIBLE EN PISCINE UNIQUEMENT
GARANTIES LOISIRS DE BASE								
CATÉGORIES	LOISIR 1		LOISIR 2		LOISIR 3		PISCINE	
	Pays de domiciliation	Monde entier (hors pays de domiciliation)	Pays de domiciliation	Monde entier (hors pays de domiciliation)	Pays de domiciliation	Monde entier (hors pays de domiciliation)	Pays de domiciliation	Monde entier (hors pays de domiciliation)
Âge limite des garanties individuelles accident	Sans limite							
Dommages personnels hors activités subaquatiques dans le cadre d'une activité FFESSM	GARANTI	GARANTI	GARANTI	GARANTI	GARANTI	GARANTI	GARANTI	GARANTI
Remboursement des frais de recherche et de sauvetage (a)	10 000 €		15 000 €		25 000 €		Néant	
Frais de saison hyperbare	40 000 €	50 000 € (b)	40 000 €	50 000 € (b)	40 000 €	300 000 € (b)	40 000 €	40 000 € (b)
Frais médicaux en cas de frais d'hospitalisation et/ou de traitement sur prescription médicale (Frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, frais de traitement, d'ambulance sur place (b) : Remboursement en complément ou à défaut du régime primaire d'Assurance Maladie ou de tout autre régime complémentaire de l'Assuré)	15 000 €		30 000 €		31 500 €		8 000 €	
Frais de prolongation de séjour suite à Accident ou séance(s) de saison (hébergement/restauration)	À concurrence de 50 € TTC par jour, Maximum 500 €		À concurrence de 50 € TTC par jour, Maximum 500 €		À concurrence de 50 € TTC par jour, Maximum 500 €		À concurrence de 50 € TTC par jour, Maximum 500 €	
Accompagnement psychologique du licencié et/ou de sa famille	Service de soutien psychologique du licencié et/ou des membres de sa famille accessible 24/7 par téléphone							
	Remboursement du montant des consultations Maximum 1.500 € par bénéficiaire - Maximum 15.000 € pour un même événement							
Soins dentaires urgents (c)	Inclus	500 €	Inclus	500 €	Inclus	500 €	Inclus	500 €
Assistance aux personnes (a)	Sans limitation de somme							
Présence d'un proche sur place en cas d'hospitalisation ou décès du licencié (a)	En cas de décès ou d'hospitalisation supérieure à 10 jours consécutifs, prise en charge d'un billet aller/retour avion (classe économique) ou train (1ère classe) pour un proche parent et prise en charge des frais d'hébergement pendant 10 nuits maximum à concurrence de 100 € TTC par nuit							
Information aux Membres de la famille en cas d'Hospitalisation (a)	Service téléphonique							
Évacuation sanitaire (rapatriement transport médical) en cas d'accident ou de maladie (a)	Sans limitation de somme							
Transport effets personnels de l'Assuré en cas de rapatriement (a)	Frais réels							
Avance sur frais à l'étranger (a)	Avance dans la limite des sommes garanties, après accord préalable d'AXA Assistance							
Avance sur caution pénale à l'étranger (a)	Sans objet	20 000 €	Sans objet	20 000 €	Sans objet	20 000 €	Sans objet	20 000 €
Capital en cas d'invalidité permanente totale consécutive à un accident réductible en cas d'invalidité permanente partielle selon Barème Contractuel	11 500 €		40 000 €		90 000 €		11 500 €	
Capital en cas de décès consécutif à un accident y compris en cas d'AVC ou infarctus du myocarde ou de disparition	15 000 €		25 000 €		45 000 €		8 000 €	
Capital à partir de 10 jours de coma	5 000 €							
Rapatriement du corps en cas de décès et frais de cercueil (a)	Sans limitation de somme							
Frais d'obsèques (cérémonie, inhumation, crémation).	3 000 €							
Assistance formalités suite à un décès (a)	Service téléphonique							
Rapatriement de l'accompagnant, quel que soit son lien avec l'assuré (a)	Billet de retour avion classe économique ou train 1ère classe dans les 3 cas suivants : - Évacuation sanitaire de l'assuré, - rapatriement du corps de l'assuré - Évacuation sanitaire et politique (catastrophes naturelles, ou nucléaires, épidémies, pandémies, guerres, émeutes)							
Évacuation sanitaire et politique (a)	(Catastrophes naturelles ou nucléaires, épidémies, pandémies, guerres, émeutes, attentats) Remboursement des frais sur justificatifs maximum 5.000 € par bénéficiaire Maximum 15.000 € pour un même événement							
Garantie Bris de Matériel (plafond par sinistre et par année d'assurance)								
Bris accidentel ou destruction soudaine et accidentelle (chute, choc, contacts avec des fumées, incendie, explosions) du matériel (e)	Néant		300 €		500 €		300 €	



# Règlement intérieur Club Ecole de Plongée Odyssee

**Validé en assemblée générale et complété en comité directeur**

Information aux adhérents : Le club école de plongée ODYSSEE est une association déclarée à la Préfecture de l'Hérault JO le 3 novembre 2013 n° W343006396 SIRET 420 849 978 00028 APE 926C établissement d'activités Physiques et Sportives n° 03499ET0123 agréé Sports n° S05794 et agréé Jeunesse et Education Populaire n° 3412JEP221 affilié FFESSM n° 08 34 0275 et FFH n° 11 034 2488 et membre de l'Ecole de Natation Française pour le SAUVE NAGE n° 34 20834027509003. Dans le cadre d'actions éducatives, le club école de plongée ODYSSEE est opérateur Contrat de Ville sur SETE et opérateur Education Nationale, ainsi que club labélisé Handisport. Le club école de plongée s'engage à développer les activités subaquatiques et connexes en respect des réglementations et des consignes fédérales, en alliant sécurité, plaisir et partage. Les informations légales et le projet éducatif et sportif sont disponibles sur le site INTERNET [www.odyssee-sub.org](http://www.odyssee-sub.org). Les mails Info « ODY INFO » complètent ce dispositif d'accès à l'information régulière. Le rendez-vous hebdomadaire au local club tous les vendredis soir de 19h à 19h30 permet à tout adhérent de rencontrer l'équipe dirigeante et enseignante pour parfaire ce dispositif d'échanges.

## Définition des notions de « membre actif », « membre passager » et « bénévole team »

Un **membre actif** de l'association Odyssee paye une cotisation annuelle incluant les plongées à Sète et dans l'étang de Thau (hors voyages, stage ou sorties plongées extérieures) ainsi que les TIV clubs des blocs personnels. Le membre actif œuvre bénévolement au sein de l'association, en s'engageant à réaliser a minima 2 demi-journées de « bénévole team » (BT) telles que définies ci-après, dont a minima un BT en dehors des périodes de week-end. Les BT réalisés en plus de ces 2 demi-journées peuvent contribuer au règlement de la participation financière demandée pour les voyages, stages ou sorties extérieures organisés par Odyssee (2€ de réduction par BT).

Le **bénévole team (BT)** est la participation active à une action de **volontariat** associatif (en dehors des missions de responsables de commission ou membre du comité directeur) de type :

- actions éducatives et environnementales
- accessibilité de la plongée à tous les publics (féminisation et mixité, jeunes et scolaires, personnes en situation de handicap, séniors, zones rurales et sensibles....)
- travaux et entretien nécessaires aux activités (local, bateaux, matériel de plongée...)
- réunions et dossiers liés aux subventions ou partenariats dont peut bénéficier l'association
- directeur de plongée en mer
- encadrement des formations en piscine (responsable de formation et aide à l'encadrement)

Un **membre passager** est un adhérent qui bénéficie des activités d'Odyssee plongée en accueil fédéral sans pour autant œuvrer bénévolement. Pour les plongées et différentes actions fédérales comme le TIV par exemple, se reporter aux cotisations « accueil fédéral ».

Seuls les adhérents à l'association peuvent participer aux plongées organisées par Odyssee. L'accueil d'autres plongeurs n'est possible que dans les situations particulières suivantes :

- dans le cadre de conventions de partenariats conclues avec l'association,
- sur invitation d'un membre actif, pour un baptême ou une découverte, lors d'une sortie le permettant et après accord du directeur de plongée (sortie « famille » des samedis d'été),
- après accord du président et du directeur de plongée, pour les autres cas particuliers.

## Gestion du matériel

Chaque adhérent doit **respecter le matériel** mis en commun et **aider aux tâches** telles que le rangement, le rinçage, l'entretien. Un carnet de bord d'entretien est mis à la disposition des utilisateurs au local club pour **signaler le matériel défectueux** qui est alors consigné et pris en charge par le responsable matériel.

Les bénéficiaires de la piscine du vendredi soir doivent aider soit au chargement (19/20h) soit au déchargement (22/23h). Ce choix est à faire à l'inscription.

## Emprunt du matériel club

L'emprunt de matériel est limité à la durée de l'activité plongée. Pour les sorties extérieures, le matériel doit être rapporté immédiatement après la sortie. L'emprunt du matériel est nominatif, il est mentionné dans le cahier de bord au local (type de matériel et durée).

Le prêt de matériel pour les entraînements piscine est possible uniquement pour les débutants et jusqu'au mois de décembre. Il doit être rapporté au local après chaque séance piscine.

Sauf en cas de sortie fédérale avérée, et sur avis favorable du Président ou du Responsable Pédagogique et Technique, **aucun matériel de l'association ne peut être utilisé en dehors d'une activité Odyssee planifiée**. Pour tout emprunt, l'activité devra être clairement une activité fédérale organisée par un tiers connu, et répondant aux obligations du code du sport et de l'organisation en sécurité de l'activité.



## Certificat médical d'Absence de Contre-Indication à la pratique des activités subaquatiques

Je soussigné(e) Docteur,

Exerçant a,

Rayez la mention inutile\*

médecin,	généraliste*	du sport *	fédéral* n° :
	diplômé de médecine	subaquatique*	autre* :

Certifie avoir examiné ce jour :

**NOM :**

**Né(e) le :**

**Prénom :**

et ne pas avoir constaté, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations, de contre-indication cliniquement décelable à la pratique :

de l'ensemble des activités subaquatiques **EN LOISIR**

**Ou bien seulement** (cocher) :  DES ACTIVITES DE PLONGEE EN SCAPHANDRE AUTONOME

DES ACTIVITES EN APNEE

DES ACTIVITES DE NAGE AVEC ACCESSOIRES

de la ou des activité(s) suivante(s) **EN COMPÉTITION** (spécifier en toute lettre) :

**Pour mémoire les particularités suivantes nécessitent un certificat délivré par un médecin Fédéral, du sport ou qualifié :**

- TRIMIX Hypoxique

- APNEE en PROFONDEUR > 6 mètres en compétition

- Pratique HANDISUB

- Reprise de l'activité après accident de plongée

**NOMBRE DE**  **COCHÉE(S)** (obligatoire) :

**Remarque(s) et restriction(s) éventuelle(s)** (en particulier pour l'encadrement en plongée subaquatique...) :

**Pour les disciplines à contraintes particulières** (plongée scaphandre et apnée en fosse ou milieu naturel), le CACI est obligatoire annuellement pour tous, majeurs et mineurs

**Pour les autres disciplines fédérales non à contraintes particulières**, le CACI est obligatoire annuellement pour les pratiquants âgés de 18 ans et plus (questionnaire de santé pour les mineurs).

**En cas de modification de l'état de santé ou d'accident de plongée, la validité de ce certificat est suspendue.**

**En cas de pratique compétitive**, l'absence de contre-indication à la pratique en compétition de la discipline concernée devra être spécifiée sur le CACI.

Ce certificat est remis en main propre à l'intéressé ou son représentant légal.

La liste des contre-indications à la pratique des activités subaquatiques fédérales et les préconisations de la FFESSM relatives à l'examen médical, sont disponibles sur le site de la Commission Médicale et de Prévention Nationale :

<http://medical.ffessm.fr>

**Fait à :**  
**Date :**

**Signature et cachet :**



## CONTRE-INDICATIONS À LA PLONGÉE EN SCAPHANDRE AUTONOME

	<b>Contre-indications définitives</b>	<b>Contre-indications temporaires ou à évaluer*</b>
<b>Cardiologie</b>	Insuffisance cardiaque symptomatique Cardiomyopathie obstructive Pathologie avec risque de syncope Tachycardie paroxystique BAV II ou complet non appareillé Maladie de Rendu-Osler	Cardiopathie congénitale* Valvulopathies* Coronaropathie* Péricardite et Myocardites * Traitement par anti arythmique* Traitement par bêta bloquant (voie générale ou voie locale)* Shunt droit-gauche* Hypertension artérielle non contrôlée
<b>Oto-Rhino-Laryngologie</b>	Cophose unilatérale Evidement pétro-mastoïdien Ossiculoplastie Trachéostomie Laryngocèle Otospongiose opérée Fracture du rocher Destruction labyrinthique uni ou bilatérale Fistule péri-lymphatique Déficit vestibulaire non compensé	Déficit auditif bilatéral* Chirurgie otologique Polypose naso-sinusienne Difficultés tubo-tympaniques pouvant engendrer un vertige alterno barique Crise vertigineuse ou décours immédiat d'une crise vertigineuse Tout vertige non étiqueté Asymétrie vestibulaire > ou = à 50% (consolidé après 6 mois) Perforation tympanique et aérateurs trans-tympaniques Barotraumatisme ou accident de désaturation de l'oreille interne*
<b>Pneumologie</b>	Insuffisance respiratoire Vascularite pulmonaire Maladie bulleuse	Asthme* Pneumothorax spontané ou traumatique* Pathologie infectieuse Pleurésie Traumatisme thoracique ou pulmonaire Pneumopathie fibrosante*
<b>Ophthalmologie</b>	Pathologie vasculaire de la rétine, de la choroïde ou de la papille, non stabilisée, susceptible de saigner Kératocône au-delà du stade 2 Prothèses oculaires ou implants creux	Affections aiguës du globe ou de ses annexes jusqu'à guérison Photokératectomie réfractive et LASIK : 1 mois Phacoémulsification-trabéculéctomie et chirurgie vitro-rétinienne : 2 mois Greffe de cornée : 8 mois Traitement par betabloquant par voie locale*
<b>Neurologie</b>	Épilepsie Pertes de connaissance itératives Effraction méningée neurochirurgicale, ORL ou traumatique Paralysie cérébrale	Traumatisme crânien grave* Maladie de Parkinson, maladie neurodégénérative* Sclérose en plaques* Accident vasculaire cérébral*
<b>Psychiatrie</b>	Affection psychiatrique sévère Éthylisme chronique	Traitement anti-dépresseur, anxiolytique, neuroleptique ou hypnogène* Alcoolisation aiguë, consommation de cannabis ou autres substances addictives Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité* Troubles du comportement alimentaire*
<b>Hématologie</b>	Thrombopénie périphérique, thrombopathie congénitale Phlébites à répétition	Trouble de la crase sanguine découvert lors d'un bilan d'une affection thrombo-embolique Hémophilie* Phlébite non explorée
<b>Gynécologie</b>		Grossesse
<b>Métabolisme</b>	Diabète traité par antidiabétiques oraux hypoglycémiant	Diabète traité par insuline* Diabète traité par biquanides* Dystonie neurovégétative Troubles métaboliques ou endocriniens sévères
<b>Dermatologie</b>	Différentes affections peuvent entraîner des contre-indications temporaires ou définitives, selon leur intensité ou leur retentissement pulmonaire, neurologique ou cardio vasculaire	
<b>Gastro-entérologie</b>		Manchon anti-reflux, chirurgie bariatrique Stomie
<b>Toute prise de médicament ou de substance susceptible de modifier le comportement peut être une cause de contre-indication.</b>		
<b>La survenue d'une maladie de cette liste nécessite un nouvel examen.</b>		
<b>Toutes les pathologies affectées d'un * doivent faire l'objet d'une évaluation et le certificat médical de non contre-indication ne peut être délivré que par un médecin spécifique tel que défini dans le règlement médical.</b>		
<b>La reprise de la plongée après un accident de désaturation, une surpression pulmonaire, un passage en caisson hyperbare ou autre accident de plongée sévère, nécessitera l'avis d'un médecin fédéral ou d'un médecin spécialisé selon le règlement médical.</b>		





## QUESTIONNAIRE DE SANTE

### POUR LA PRATIQUE DES ACTIVITES SUBAQUATIQUES

De Mr – Mme – Melle : .....Né(e) le .....

Pour pratiquer la plongée, vous ne devez pas avoir de problème de santé qui risquerait d'être aggravé par cette activité ou de favoriser un accident. En application de la réglementation fédérale (obéissant à l'arrêté du 28 avril 2000 du Ministère de la Jeunesse et des Sports), il vous est demandé de remplir avec attention ce questionnaire. Si vous répondez « NON » à toutes les questions, tout médecin peut délivrer le certificat de non contre-indication joint. Si vous répondez « OUI » à l'une des questions, vous devez être examiné par un médecin de la FFESSM ou par un médecin spécialisé en médecine de la plongée subaquatique pour évaluation des risques éventuels. Le certificat qui vous sera alors remis précisera éventuellement les conseils et restrictions de pratique de la plongée. Quelles que soient vos réponses, la liste de ces médecins, qui vous conseilleront au mieux, vous sera fournie par votre club ou votre structure de plongée. Ce questionnaire, conservé dans le dossier du médecin que vous aurez consulté, reste confidentiel et relève du secret médical. Il peut cependant être demandé dans certaines circonstances par une instance judiciaire.

La pratique de la plongée subaquatique avec scaphandre est contre indiquée durant la grossesse.  
La consommation exagérée d'alcool et de produits illicites est incompatible avec la pratique de la plongée subaquatique avec scaphandre.

- |                                                                                                                    | OUI                      | NON                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Si vous avez déjà plongé, avez vous été victime d'une surpression pulmonaire ou d'un accident de décompression ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Etes vous atteint d'un handicap ?                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Avez-vous eu ou avez vous :                                                                                      |                          |                          |
| * des problèmes cardiaques ou circulatoires ?                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| en particulier : - une hypertension artérielle <u>même traitée</u> ?                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - des pertes de connaissance à répétition ?                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * des problèmes respiratoires chroniques                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| en particulier, une maladie asthmatique ?                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * un pneumothorax, un traumatisme thoracique ?                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * des problèmes de la sphère oto-rhino-laryngologique ayant entraîné des soins médicaux spécialisés                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| en particulier : - une mauvaise audition, une perforation tympanique ?                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - une sinusite ou une otite chronique ?                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - des vertiges ou des troubles de l'équilibre à répétition ?                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - des douleurs des oreilles dans l'eau, en avion ou en altitude ?                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * des problèmes psychiatriques ?                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| en particulier, êtes vous suivi pour dépression ?                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |                                                                                                                                                          | OUI                      | NON                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Avez-vous eu ou avez vous :                                                                                                                            |                          |                          |
| * des problèmes neurologiques ?                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| en particulier : - des crises d'épilepsie, traitées ou non ?                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - des crises de « tétanie » ou de « spasmophilie » ?                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - un traumatisme crânien avec coma ?                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * une maladie métabolique ?                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| en particulier : - une maladie diabétique traitée ou non ?                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - une maladie endocrinienne ?                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * une affection tumorale ?                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * une hernie hiatale ou un reflux gastro-œsophagien ?                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * une affection des yeux suivante : myopie sévère, anomalie de la cornée, problème de rétine ?                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * des problèmes dermatologiques chroniques ?                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Prenez vous un traitement : pour le cœur, pour la tension, pour fluidifier le sang, à visée psychiatrique ou neurologique                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Avez-vous déjà bénéficié d'une intervention chirurgicale ou endoscopique :                                                                             |                          |                          |
| - sur le cœur, ou sur le thorax ?                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - sur l'estomac ?                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - sur les oreilles ou les sinus ?                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - intra-crânienne ?                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - sur les yeux (y compris au laser) ?                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Bénéficiez vous d'une interruption d'activité ou de travail depuis au moins 1 mois suite à une maladie ou à un accident ?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Devez-vous bénéficier d'un traitement médical long, d'une intervention chirurgicale ou endoscopique, d'une hospitalisation dans les 6 prochains mois ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(nous vous recommandons de faire soigner vos caries dentaires)

Je certifie avoir lu et compris les questions ci-dessus et pouvoir attester que mes réponses sont exactes. Je reconnais avoir été averti (e) que toute déclaration inexacte engage ma responsabilité et dégage celle du médecin signataire du certificat médical de non contre-indication ainsi que celle des dirigeants de la structure au sein de laquelle je vais pratiquer les activités subaquatiques.

Fait le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

signature :  
(du parent ou tuteur s'il s'agit d'un mineur)

#### Avertissement

**Attention : vous engagez votre responsabilité en cas de fausse déclaration, et votre signature datée certifie la véracité de la présente déclaration d'état de santé.**