

1 - PARTIE À REMPLIR PAR LE (LA) REQUÉRANT(E)

(Tous les champs sont à remplir obligatoirement)

Prénom, Nom : _____

Âge (ans) : _____ Sexe (H/F) : _____ Taille (cm) : _____ Poids (kg) : _____

Adresse : _____

Ville, région : _____ Code Postal : _____

Adresse courriel : _____ Tél Cel : _____

Profession : _____ Numéro d'assurance maladie : _____

Personne à contacter en cas d'urgence : _____

Tél (maison) : _____ Tél (travail) : _____

AVERTISSEMENT !

La plongée en apnée sportive (ou apnée sportive) est une activité aquatique exigeante physiquement. De par sa nature, la plongée en apnée sportive comporte également des risques de blessures liés aux circonstances de l'environnement physique.

Le non-respect des règles de sécurité relatives à cette activité augmente considérablement les risques de blessures graves, pouvant même entraîner la mort.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Le but du questionnaire médical (page 2/3) est de déterminer si vous avez une contre-indication à la pratique de la plongée en apnée. Une réponse positive à une question ne signifie pas nécessairement une inaptitude à la pratique de l'apnée sportive.

Si vous avez répondu OUI à au moins une question et/ou si vous êtes âgé de 40 ans et plus, l'avis d'un médecin est requis (le formulaire à remplir par le médecin se trouve en page 3).

Finalement, notez que dans tous les cas, une visite médicale régulière est souhaitable.

Veillez répondre par OUI ou NON aux questions relatives à votre état de santé en cochant dans la colonne appropriée. Si vous n'êtes pas sûr, répondez OUI.

Général	Oui	Non
Êtes-vous enceinte ou prévoyez-vous l'être?		
Prenez-vous régulièrement des médicaments prescrits ou non? (excepté contraceptif)		
Êtes-vous un fumeur régulier?		
Avez-vous un taux élevé de cholestérol?		
Votre famille a-t-elle des antécédents de problèmes de santé?		
Souffrez-vous ou avez-vous souffert de...		
Asthme, respiration sifflante?		
Fièvres élevées, fréquentes ou allergies?		
Sinusites ou bronchites, fréquentes ou chroniques?		
Problème pulmonaire, pneumothorax ou intervention chirurgicale à la poitrine?		
Claustrophobie ou agoraphobie?		
Épilepsie, convulsion?		
Migraines chroniques ou fréquentes?		
Coma, syncope ou perte de connaissance?		
Troubles réguliers dus aux transports?		
Accident de plongée ou maladie de décompression?		
Problèmes dorsaux fréquents, intervention chirurgicale dorsale?		
Diabète ?		
Problème causé par une opération chirurgicale?		
Problème cardiaque, hypertension, crise ou infarctus du myocarde, angine de poitrine, intervention chirurgicale au cœur ou aux vaisseaux sanguins?		
Problème lié aux oreilles ou aux sinus, intervention chirurgicale, perte d'équilibre, surdité?		
Hémorragie ou problème veineux?		
Ulcère ou opération d'ulcère?		
Maladie d'estomac ou affection intestinale?		
Abus d'alcool ou drogue?		
Tout autre problème médical non mentionné?		

Je, le (la) requérant(e), déclare que les indications page 1/3 et page 2/3 sont exactes et que j'ai clairement compris les risques auxquels je m'expose en pratiquant l'apnée sportive.

Date : _____ Signature : _____

Si le (la) requérant(e) est âgé(e) de moins de 18 ans révolus, la signature d'un tuteur légal est requise.

Prénom, Nom : _____

Date : _____ Signature du tuteur : _____

2 - PARTIE À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

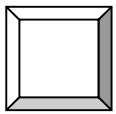
Le (la) requérant(e) souhaite pratiquer la plongée en apnée sportive, c'est-à-dire l'immersion subaquatique sans équipement respiratoire, immobile ou en mouvement, à profondeur variable.

Outre les contre-indications usuelles à la pratique d'un sport aquatique, le (la) requérant(e) ne doit pas souffrir de maladie cardiovasculaire ni respiratoire, ni souffrir de trouble O.R.L. permanent qui l'empêcheraient d'équilibrer la pression de l'oreille moyenne et des sinus.

D'autre part, le (la) requérant(e) ne doit pas être affecté(e) d'une maladie qui serait susceptible d'engendrer des évanouissements.

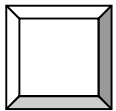
Dans le cas d'un avis défavorable, veuillez s'il vous plaît expliquer au (à la) requérant(e) pourquoi vous jugez que la pratique de l'apnée sportive lui est contre-indiquée et en discuter ouvertement avec lui (elle).

AVIS Concernant →



FAVORABLE

(Je ne trouve aucune contre-indication à la pratique de la plongée en apnée sportive)



DÉFAVORABLE

(J'ai relevé des dispositions qui, d'après moi, exposent le (la) requérant(e) à des dangers inacceptables lors de la pratique de la plongée en apnée sportive).

Remarque(s) :

Coordonnée(s) :

Prénom, Nom : _____

Adresse : _____

Ville, région : _____ Code Postal : _____

Téléphone : _____

Date : _____ Signature : _____