

Pièces à fournir :

- **Le bulletin d'inscription** ci-dessous, complété, signé
- **Le règlement** par chèque à l'ordre du CPCHAURIEN (ou virement si renouvellement)
- **Pour les mineurs, une autorisation parentale** (téléchargeable sur le site www.cpchaurien.com rubrique documents)
- **UNE COPIE du certificat médical de non contre-indication** à la pratique des activités subaquatiques de la FFESSM (ci-dessous en Annexe I)

Lors du RDV avec votre médecin, pour l'établissement du certificat de non contre-indications, les documents listés ci-dessous, devront lui être présenté :

- Le questionnaire médical préalable à visite médicale d'absence de contre-indication à la pratique d'activités subaquatiques ; (ci-dessous en Annexe II)
- La fiche d'examen médical d'absence de contre-indication à la pratique d'activités subaquatiques ; (ci-dessous en Annexe III)
- **Pour les mineurs, une autorisation parentale** (téléchargeable sur le site www.cpchaurien.com rubrique documents)
- **Pour les nouveau adhérents non débutants, une photocopie de leur carte de niveau.**

Nom : _____ Prénom : _____

Genre : ☐ homme ☐ femme

Date de naissance : _____

Lieu de naissance (avec code postal) : _____

Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____

Numéro de téléphone portable : _____

Adresse email : _____

Débutant en plongée : ☐ OUI ☐ NON

Si non :

N° de licence :

Niveau de plongée :

Nombre de plongées :

Formations souhaitées :

Plongée : ☐ N1 ☐ PA12 ☐ N2 ☐ N3 ☐ RIFAP ☐ NITROX ☐ PHOTO ☐ TIV ☐ PE40 ☐ Biologie marine ☐ autre :

Parcours Handisub® : ☐ PESH6 ☐ PESH12 ☐ PESH20 ☐ PESH40

Apnée : ☐ Apnéiste ☐ Apnéiste confirmé ☐ Apnéiste en eau libre ☐ Apnéiste confirmé en eau libre

Tarifs		Cotisation annuelle	Licence Fédérale	TOTAL**
Inscription individuelle		150€	+50€	☐ 200 €
Inscription famille	1 ^{er} membre(+16ans)	150€	+50€	☐ 200€
	2 ^e membre(+16ans)	120€	+50€	☐ 180€
	3 ^e membre et + (+16ans)	60€	+50€	☐ 110€ x

**Seuls les mineurs de plus de 16 ans peuvent s'inscrire individuellement au club.

Les mineurs de 14-16 ans ne peuvent s'inscrire qu'en famille (inscription et présence d'au moins un des deux parents requis lors des activités).

De 14 à 16 ans le tarif de la licence est de 31,50 €.

Possibilité de payer en plusieurs fois.

Assurance :

N.B. : Les associations et les fédérations sportives sont tenues d'informer leurs adhérents de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels leur pratique sportive peut les exposer (Art. L321-4 du Code du sport).

Attention !

L'assurance incluse avec la licence fédérale inclus seulement une assurance responsabilité civile : elle vous couvre contre les conséquences financières des dommages que vous pourriez subir à autrui.

Pour être couvert pour les dommages corporels que vous pourriez subir, lors de la pratique de la plongée, nous vous conseillons vivement de souscrire un contrat d'assurance complémentaire (« individuelle accident ») auprès de votre assureur ou du cabinet Laffont Axa (assureur officiel de la FFESSM).

Pour les plongeurs en situation de handicap (PESH) votre licence Handisport vous donne accès à l'assurance

☐ (COCHER)² Je reconnais que le CPC m'a informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels la pratique de la plongée peut m'exposer (Art. L321-4 du Code du sport).

Tarifs Cabinet Laffont Axa (assureur officiel de la FFESSM)		Niveau de Garantie*	Par adhérent
Loisir base	Assurance individuelle accident pour les pratiquants, moniteurs, juges, arbitres et entraîneurs exerçant à titre bénévole	Loisir base 1 Loisir base 2 Loisir base 3	☐ 25€ x ☐ 30€ x ☐ 51€ x
Loisir Top	Garanties de base ci-dessus (Loisir) + annulation, interruption, assurance bagages, dans le cadre des voyages plongées dans le monde entier.	Loisir Top 1 Loisir Top 2 Loisir Top 3	☐ 48€ x ☐ 59,50€ x ☐ 99€ x

*Pour le détail des garanties (plafonds, franchises, exclusions, etc...) consultez le site : <https://www.ffessm.lafont-assurances.com/>

Règlement :

Montant total: ☐ Virement ☐ Chèque(s)

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : Prénom : Numéro de téléphone portable :

Autorisations FFESSM :

J'accepte de recevoir des offres promotionnelles de la part de la FFESSM. ☐ Oui ☐ Non

J'accepte de recevoir des offres promotionnelles de la part des partenaires de la FFESSM. ☐ Oui ☐ Non

J'accepte que mon profil apparaisse sur la recherche d'utilisateur pour le carnet de plongée. ☐ Oui ☐ Non

J'accepte d'être sollicité pour la validation des plongées sur le carnet de plongée numérique FFESSM. ☐ Oui ☐ Non

J'autorise la consultation de mon CACI par les délégués de la FFESSM ☐ Oui ☐ Non
et via le Qr-Code présent sur ma carte de licence.

Infos honorabilité (A REMPLIR SEULEMENT SI ENCADRANT OU DIRIGEANT)

La licence que le licencié sollicite lui permet d'accéder aux fonctions d'encadrant et/ou de dirigeant d'établissement d'activités physiques et sportives au sens des *articles L. 212-1 et L. 322-1* du code du sport. A ce titre, les éléments constitutifs de l'identité du licencié seront transmis par la fédération aux services de l'Etat afin qu'un contrôle automatisé de son honorabilité au sens de *l'article L. 212-9* du code du sport soit effectué.

☐ **(COCHER)²** J'ai été informé et j'ai compris l'objet de ce contrôle

J'accepte le contrôle d'honorabilité ☐ Oui ☐ Non

CONTRE-INDICATIONS À LA PLONGÉE EN SCAPHANDRE AUTONOME

Cette liste est indicative et non limitative. Les problèmes doivent être abordés au cas par cas, éventuellement avec un bilan auprès d'un spécialiste, la décision tenant compte du niveau technique (débutant, plongeur confirmé ou encadrant).

En cas de litige, la décision finale doit être soumise à la Commission Médicale et de Prévention Régionale, puis en appel à la CMPN

	Contre-indications définitives	Contre-indications temporaires ou à évaluer*
Cardiologie	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
Oto-Rhino-Laryngologie	Cophose unilatérale Evidement pétro-mastoidien 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*
Pneumologie	Insuffisance respiratoire Pneumopathie fibrosante Vascularite pulmonaire Chirurgie pulmonaire Maladie bulleuse	Asthme* Pneumothorax spontané ou traumatique* Pathologie infectieuse Pleurésie Traumatisme thoracique
Ophtalmologie	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 Pour les N3, N4 et encadrants : vision binoculaire avec correction < 5/10 ; si un œil < 1/10, l'autre > 6/10	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*
Neurologie	Épilepsie Syndrome déficitaire sévère Pertes de connaissance itératives Effraction méningée neurochirurgicale, ORL ou traumatique Incapacité motrice cérébrale	Traumatisme crânien grave*
Psychiatrie	Affection psychiatrique sévère Éthylisme chronique	Traitement anti-dépresseur, anxiolytique, par neuroleptique ou hypnogène Alcoolisation aiguë
Hématologie	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
Gynécologie		Grossesse
Métabolisme	Diabète traité par antidiabétiques oraux hypoglycémisants	Diabète traité par insuline* Diabète traité par biquanides* Tétanie/spasmophilie Troubles métaboliques ou endocriniens sévères
Dermatologie	Différentes affections peuvent entraîner des contre-indications temporaires ou définitives, selon leur intensité ou leur retentissement pulmonaire, neurologique ou cardio vasculaire	
Gastro-entérologie	Manchon anti-reflux	Hernie hiatale ou reflux gastro oesophagien à évaluer
Toute prise de médicament ou de substance susceptible de modifier le comportement peut être une cause de contre-indication.		
La survenue d'une maladie de cette liste nécessite un nouvel examen.		
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 fédéral.		
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.		

☐ (COCHER)² J'atteste avoir pris connaissances des contre-indications à la pratique de la plongée en scaphandre autonome, et dans le doute, avoir consulté un médecin fédéral. Pour plus de renseignements, consultez le site : <https://medical.ffessm.fr/>.

DOSSIER D'INSCRIPTION CLUB DE PLONGEE CHAURIEN

☐ (COCHER)² J'accepte que les informations recueillis fassent l'objet d'un traitement informatique destiné au secrétariat du club, en charge des adhésions. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à : Charly SERRES – Président du club de plongée Chaurien. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

☐ (COCHER)² J'autorise le Club de plongée Chaurien à diffuser des images me représentant sur les supports de communication du club (site internet et page Facebook, dont l'accès est réservé aux seuls membres du club), ainsi que dans des articles de presse.

☐ (COCHER)² J'ai lu et m'engage à respecter le règlement intérieur du Club de plongée Chaurien disponible à cette adresse : <https://www.cpchaurien.com/index.php/reglement-interieur-cpc>

Date et signature :

² : Cases à cocher obligatoirement

ANNEXE I :



FRENCH UNDERWATER FEDERATION
Fondée en 1948, membre fondateur de la Confédération mondiale des activités subaquatiques.

FÉDÉRATION FRANÇAISE
D'ÉTUDES ET DE SPORTS
SOUS-MARINS.

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

Je soussigné(e) Docteur,

Exerçant à,

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

Rayez la mention inutile*

Certifie avoir examiné ce jour : **NOM :**

Prénom :

Né(e) le

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 fédérales

Ou bien seulement (cocher) :

- ☐ des activités de plongée en scaphandre autonome
- ☐ des activités en apnée
- ☐ de l'apnée en profondeur au-delà de 6 m
- ☐ des activités de nage avec accessoires

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

☐ de la plongée sous-marine et des activités subaquatiques avec les limites et préconisations suivantes (encadrement, enseignement, profondeur et durée maximales autorisées, plongée sans paliers obligatoires, gaz respiré ... à préciser)

Des conseils de prévention ont été délivrés s'il existe un risque identifié d'accident de désaturation, d'œdème pulmonaire d'immersion ou d'un autre accident en référence aux préconisations de la CMPN-

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

- TRIMIX Hypoxique
- APNÉE en PROFONDEUR > 6 mètres en compétition
- Reprise de l'activité après accident de plongée

NOMBRE DE ☐ COCHÉE(S) (obligatoire) :

Pour la pratique handisub se référer au site : <http://medical.ffessm.fr>

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.

Fait à :

Date :

Signature et cachet :

Cher Confrère

Vous recevez un pratiquant de nos activités fédérales subaquatiques pour la délivrance de son certificat médical d'absence de contre-indication à sa pratique sportive.

La commission médicale et de prévention nationale met à disposition des médecins des préconisations relatives à l'examen médical préalable à la pratique des activités subaquatiques fédérales, des conseils et recommandations relatives aux restrictions de pratique ainsi que les listes indicatives de contre-indication à nos disciplines sportives... que vous pouvez retrouver sur notre site internet : <http://medical.ffessm.fr> ou en scannant ce QR code :



Lors de la visite médicale, nous vous conseillons en particulier :

- *de prêter attention à la sphère ORL pour les pratiquants débutant surtout (audition, équipression tympanique, antécédents de chirurgie ORL), de recommander une bonne hygiène buccodentaire et la réalisation des soins dentaires nécessaires le cas échéant*
- *de prêter une attention particulière à la sphère cardio respiratoire (évaluation des facteurs de risques cardiovasculaires et contrôle de ceux-ci, évaluation des antécédents pulmonaires et respiratoires...)*

En cas de pathologie particulière, de facteurs de risques d'accident spécifique, des limitations de pratique ou un cursus de pratique adapté peuvent être recommandés et précisés sur le CACI.

En cas de doute, votre commission médicale régionale se tient à votre disposition pour vous aider dans vos prises de décision : <https://medical.ffessm.fr/trouver-un-medecin-federal>

ANNEXE II :



Questionnaire médical préalable à la visite médicale d'absence de contre-indication à la pratique d'activités subaquatiques

Date : _____

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Profession : _____

Comment vous sentez vous aujourd'hui ? _____

Avez-vous eu une perte de poids importante ces derniers mois ? _____

Activités physiques et subaquatiques :

Activité(s) subaquatique(s) pratiquée(s) ou en projet de pratique : _____

Date approximative des débuts de la pratique : _____

Niveau de pratique : _____ nombre de plongées au total : _____

Pratique : d'encadrement / d'enseignement : ☐ oui - ☐ non ; de compétition : ☐ oui - ☐ non

Pratique d'autres activités sportives : _____

Nombre d'heures d'activités physiques / sportives pratiquées par semaine : _____

Incidents ou accidents au cours de ces activités, y compris en plongée (préciser date et le type d'accident) : _____

Habitudes de vie :Fumez-vous : ☐ oui - ☐ non si oui, nombre de cigarettes /jour : _____

Nature du produit fumé : _____

Avez-vous fumé : ☐ oui - ☐ non si oui, date d'arrêt : _____Consommation de boissons alcoolisées : ☐ tous les jours : _____ verres/j - ☐ occasionnellement - ☐ jamaisAvez-vous été traité pour des problèmes d'alcool ces 5 dernières années ? ☐ oui - ☐ non

Autres toxiques consommés (y compris occasionnellement) : _____

Antécédents chirurgicaux / traumatiques :

Avez-vous déjà eu une ou des opération(s) :

cardiaque ☐ oui - ☐ non si oui, date* et cause : _____thoracique ☐ oui - ☐ non si oui, date* et cause : _____sphère ORL ☐ oui - ☐ non si oui, date* et cause : _____ophtalmologique ☐ oui - ☐ non si oui, date* et cause : _____digestive ☐ oui - ☐ non si oui, date* et cause : _____voies urinaires ☐ oui - ☐ non si oui, date* et cause : _____colonne vertébrale ☐ oui - ☐ non si oui, date* et cause : _____cerveau ☐ oui - ☐ non si oui, date* et cause : _____orthopédique ☐ oui - ☐ non si oui, date* et cause : _____autre ☐ oui - ☐ non si oui, date* et cause : _____

Autres traumatismes et fractures :

Avez-vous déjà eu un traumatisme crânien : ☐ oui - ☐ non ; si oui, précisez date* : _____**En dehors des opérations, avez-vous déjà été hospitalisé :** ☐ oui - ☐ non

si oui, précisez date* et cause : _____

Antécédents médicaux :**Prenez-vous des médicaments** tous les jours ou de façon régulière : ☐ oui - ☐ non

si oui, précisez lesquels : _____

Avez-vous des allergies : ☐ oui - ☐ non ; si oui, à quoi : _____

et quel type de manifestations : _____

Femmes : contraception : _____ traitement de la ménopause : _____**Dans la famille (vos parents, oncles, tantes, frères et sœur) :**

Problèmes cardio vasculaires : _____

Autres problèmes de santé particuliers (hémophilie, ...) : _____

Mort subite précoce avant 50 ans (y compris nourrisson) : _____

*date approximative

A l'effort et / ou dans l'eau, avez vous déjà ressenti :

malaise ou perte de connaissance	☐ oui - ☐ non	fatigue inhabituelle	☐ oui - ☐ non
douleur thoracique	☐ oui - ☐ non	trouble visuel ou impression de "trou noir"	☐ oui - ☐ non
palpitations	☐ oui - ☐ non	céphalées (maux de tête)	☐ oui - ☐ non
essoufflement anormal	☐ oui - ☐ non	vomissements ou douleurs abdominales	☐ oui - ☐ non
respiration sifflante	☐ oui - ☐ non	difficultés de récupération	☐ oui - ☐ non
toux anormale	☐ oui - ☐ non		

Avez-vous déjà présenté ou présentez-vous :

Malaise	☐ oui - ☐ non	si oui, date* :	
Perte de connaissance	☐ oui - ☐ non	si oui, date* :	
Crise d'épilepsie/ convulsion	☐ oui - ☐ non	si oui, date* :	
Prenez-vous ou avez-vous pris un traitement médical pour prévenir les convulsions ?	☐ oui - ☐ non	si oui, date* :	
Cancer	☐ oui - ☐ non	si oui, type et date* :	
Bronchites >3/an	☐ oui - ☐ non	si oui, date* :	
Asthme	☐ oui - ☐ non	si oui, date* :	
Respiration sifflante	☐ oui - ☐ non	si oui, date* :	
Pneumothorax	☐ oui - ☐ non	si oui, date* :	
Crachat de sang	☐ oui - ☐ non	si oui, date* :	
Essoufflement anormal	☐ oui - ☐ non	si oui, date* :	
Autre pb respiratoire	☐ oui - ☐ non	si oui, le(s)quel(s) :	
Douleur thoracique	☐ oui - ☐ non	si oui, date* :	
Hypertension artérielle, traitée ou non	☐ oui - ☐ non	si oui, date* :	
Infarctus / angine de poitrine	☐ oui - ☐ non	si oui, date* :	
Palpitations / troubles du rythme	☐ oui - ☐ non	si oui, date* :	
Notion de souffle cardiaque	☐ oui - ☐ non	si oui, date* :	
AVC (attaque cérébrale) / AIT	☐ oui - ☐ non	si oui, date* :	
Autre problème cardio vasculaire	☐ oui - ☐ non	si oui, le(s)quel(s) :	
Diabète	☐ oui - ☐ non	si oui, type et date* :	
Phlébite / embolie	☐ oui - ☐ non	si oui, date* :	
Maladie du sang (hémophilie, saignements prolongés ou anormaux ...)	☐ oui - ☐ non	si oui, date* :	
Otitis / sinusites >3/an	☐ oui - ☐ non	si oui, date* :	
Vertige, problème d'équilibre	☐ oui - ☐ non	si oui, date* :	
Trouble de l'audition	☐ oui - ☐ non	si oui, date* :	
Autre pb ORL	☐ oui - ☐ non	si oui, le(s)quel(s) :	
Port de lunettes et/ou lentilles	☐ oui - ☐ non	si oui, vision :	☐ de près - ☐ de loin
Autre pb ophtalmo	☐ oui - ☐ non	si oui, le(s)quel(s) :	
Reflux gastro-oesophagien	☐ oui - ☐ non	si oui, date* :	
Ulcère gastro duodénal	☐ oui - ☐ non	si oui, date* :	
Autre problème digestif	☐ oui - ☐ non	si oui, le(s)quel(s) :	
Problèmes récurrents de rachis / de dos	☐ oui - ☐ non	si oui, date* :	
Anxiété	☐ oui - ☐ non	si oui, date* :	
Dépression	☐ oui - ☐ non	si oui, date* :	
Attaque de panique	☐ oui - ☐ non	si oui, date* :	
Autre affection psychiatrique	☐ oui - ☐ non	si oui, la(es)quelle(s) :	
Grossesse en cours ou envisagée	☐ oui - ☐ non		

Etes-vous suivi / avez-vous été suivi pour des problèmes de santé que je ne vous ai pas demandé : ☐ oui - ☐ non ; si oui, lesquels :

Je certifie que ces renseignements sont exacts et prends l'entière responsabilité d'une déclaration incomplète ou erronée

Date : _____ Nom et signature du pratiquant ou du responsable légal si mineur :

ANNEXE III :



Fiche d'examen médical d'absence de contre-indication à la pratique d'activités subaquatiques

NOM :	Prénom :	Age :
Niveau de plongée / de pratique :	Compétition : ☐ oui - ☐ non	
Antécédents médicaux :	Antécédents chirurgicaux :	
Antécédents familiaux :	Traitements en cours :	
Allergies : ☐ oui - ☐ non	Symptomatologie d'effort :	
Plaintes ce jour :		
Taille :	Poids :	Croissance normale pour l'âge : ☐ oui - ☐ non
Anomalies métaboliques : ☐ oui - ☐ non	Facteurs de risques CV :	
Auscultation cardiaque normale ☐ oui - ☐ non	Auscultation pulmonaire normale ☐ oui - ☐ non	
TA repos :	Pouls périphériques ☐ oui - ☐ non	Etat veineux normal : ☐ oui - ☐ non
FC repos :	Souffle artériel ☐ oui - ☐ non	
ECG : recommandé lors de la 1ère visite, tous les 3 ans de 12 à 35 ans, à chaque visite après 35 ans et/ou selon signes d'appel		
rythme :	FC :	axe : PR :
aspect QRS :	QT :	QTc :
repolarisation :	indice de Sokolow :	
Bilan cardiologique spécialisé : ☐ oui - ☐ non recommandé chez les sujets : - présentant des facteurs de risque péjoratif : les obèses (IMC > 30), les hypertendus et les diabétiques - présentant l'association d'au moins 2 FR parmi : - âge > 40 ans (hommes) ou 50 ans (femmes) - tabagisme actif ou sevré depuis moins de 5 ans - dyslipidémie (LDL cholestérol > 1,5 g/L) - hérédité cardiovasculaire chez un ascendant du premier degré	Bilan pneumologique spécialisé : ☐ oui - ☐ non recommandé chez les sujets présentant des signes fonctionnels respiratoires, en cas d'antécédent (notamment pour la plongée en scaphandre)	
Anomalie(s) cardio respiratoire(s) :		
ORL	otoscopie normale : ☐ oui - ☐ non	Valsalva / équilibre normal ☐ oui - ☐ non
audition normale ☐ oui - ☐ non	équilibre normal ☐ oui - ☐ non	anomalie :
Acuité visuelle :	sans correction : œil droit :	œil gauche :
	avec correction : œil droit :	œil gauche :
Appareil locomoteur normal	mb inférieurs : ☐ oui - ☐ non	mb supérieurs : ☐ oui - ☐ non
Rachis : ☐ oui - ☐ non	(en particulier jeunes, pratique NAP, hockey sub et orientation sub)	
Etat bucco-dentaire : ☐ bon - ☐ moyen - ☐ mauvais - ☐ prothèse		
Psychisme normal ☐ oui - ☐ non	Remarques :	
Examen neurologique normal : ☐ oui - ☐ non		
Etat cutané :		
Autres :		
Conclusion (et signature médecin) :		
Examens complémentaires / avis spécialisés à prévoir :		
Demande d'évaluation par médecin de plongée (pour adaptation des conditions de pratique) : ☐ oui - ☐ non		
Contre-indication : ☐ oui - ☐ non si oui : CI ☐ temporaire - ☐ définitive		
Restrictions : Justification, remarques :		
Date de l'examen :		