



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)

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____
Adresse : _____

Numéro de téléphone portable : _____

Adresse email : _____

Débutant en plongée : OUI NON

Si non :

N° de licence :

Niveau de plongée :

Nombre de plongées :

Formations souhaitées : N1 PA12 N2 N3 N4 RIFAP NITROX PHOTO APNEE TIV PE40 autre :

Parcours Handisub® : PESH6 PESH12 PESH20 PESH40

Tarifs		Cotisation annuelle	Licence Fédérale	TOTAL**
Inscription individuelle		140€	+48€	<input type="checkbox"/> 188€
Inscription famille	1 ^{er} membre(+16ans)	140€	+48€	<input type="checkbox"/> 188€
	2 ^e membre(+16ans)	110€	+48€	<input type="checkbox"/> 158€
	3 ^e membre et + (+16ans)	50€	+48€	<input type="checkbox"/> 98€ x

**Seul les mineurs de plus de 16 ans peuvent s'inscrire individuellement au club. Les mineurs de 14-16 ans ne peuvent s'inscrire en famille (inscription et présence d'au moins un des deux parents requis. De 14 à 16 ans le tarif de la licence est de 30 €. Possibilité de payer en plusieurs fois.

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).

DOSSIER D'INSCRIPTION CLUB DE PLONGEE CHAURIEN

Attention !

L'assurance incluse avec la licence fédérale couvre les dommages corporels que vous pourriez subir et occasionner à des tiers lors de la pratique de la plongée au sein du club (entraînements à la piscine ou sorties organisées par le club sur le territoire français).

Pour être couvert pour les dommages corporels que vous pourriez subir, ou occasionner à des tiers, lors de la pratique de la plongée en dehors du club, ou lors des sorties organiser par le club hors du territoire français, 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).

Tar fs 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	<input type="checkbox"/> 23,50€ x <input type="checkbox"/> 28€ x <input type="checkbox"/> 48€ 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	<input type="checkbox"/> 45€ x <input type="checkbox"/> 56€ x <input type="checkbox"/> 93€ x

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

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
Ophthalmologie	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 bêtabloquant 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 hypoglycémiant	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 œsophagien 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 Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées 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 :

COMMISSION
MÉDICALE ET DE PRÉVENTION

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 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 ACTIVITÉS DE PLONGÉE EN SCAPHANDRE AUTONOME
 DES ACTIVITÉS EN APNÉE
 DES ACTIVITÉS DE NAGE AVEC ACCESSOIRES

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

avec un certificat nécessitant un médecin fédéral, du sport ou qualifié (cocher) :

TRIMIX Hypoxique APNÉE 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...) :

Un certificat est exigible toutes les 3 saisons (si renouvellement sans discontinuité de la licence) pour les disciplines : Nage avec Palmes, Nage en Eau Vive, Tir sur Cible, Hockey Subaquatique, Apnée jusqu'à 6 mètres. Pratique de l'activité jusqu'à expiration de la licence. **Un certificat est exigible tous les ans** pour la pratique de la Plongée Subaquatique (Plongée en Scaphandre en tous lieux et en Apnée au-delà de 6 mètres).

Sauf en cas de modification de l'état de santé ou d'accident de plongée, qui suspend la validité de ce certificat.
 Il est remis en main propre à l'intéressé ou son représentant légal.

Pour consulter la liste des contre-indications à la pratique des activités subaquatiques fédérales et les préconisations de la FFESSM relatives à l'examen médical, disponibles sur le site de la Commission Médicale et de Prévention Nationale : <http://medical.ffessm.fr>

Fait à : **Signature et cachet :**

date :

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 - jamais
 Avez-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	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* et cause :
thoracique	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* et cause :
sphère ORL	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* et cause :
ophtalmologique	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* et cause :
digestive	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* et cause :
voies urinaires	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* et cause :
colonne vertébrale	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* et cause :
cerveau	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* et cause :
orthopédique	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* et cause :
autre	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	fatigue inhabituelle	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
douleur thoracique	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	trouble visuel ou impression de "trou noir"	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
palpitations	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	céphalées (maux de tête)	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
essoufflement anormal	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	vomissements ou douleurs abdominales	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
respiration sifflante	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	difficultés de récupération	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
toux anormale	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non		

Avez-vous déjà présenté ou présentez-vous :

Malaise	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Perte de connaissance	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Crise d'épilepsie/ convulsion	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Prenez-vous ou avez-vous pris un traitement médical pour prévenir les convulsions ?	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non		si oui, date* :
Cancer	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, type et date* :	
Bronchites >3/an	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Asthme	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Respiration sifflante	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Pneumothorax	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Crachat de sang	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Essoufflement anormal	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Autre pb respiratoire	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, le(s)quel(s) :	
Douleur thoracique	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Hypertension artérielle, traitée ou non	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non		si oui, date* :
Infarctus / angine de poitrine	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Palpitations / troubles du rythme	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Notion de souffle cardiaque	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
AVC (attaque cérébrale) / AIT	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Autre problème cardio vasculaire	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, le(s)quel(s) :	
Diabète	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, type et date* :	
Phlébite / embolie	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Maladie du sang (hémophilie, saignements prolongés ou anormaux ...)	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non		si oui, date* :
Otitis / sinusites >3/an	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Vertige, problème d'équilibre	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Trouble de l'audition	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Autre pb ORL	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, le(s)quel(s) :	
Port de lunettes et/ou lentilles	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, vision :	<input type="checkbox"/> de près - <input type="checkbox"/> de loin
Autre pb ophtalmo	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, le(s)quel(s) :	
Reflux gastro-oesophagien	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Ulcère gastro duodénal	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Autre problème digestif	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, le(s)quel(s) :	
Problèmes récurrents de rachis / de dos	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non		si oui, date* :
Anxiété	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Dépression	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Attaque de panique	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Autre affection psychiatrique	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, la(es)quelle(s) :	
Grossesse en cours ou envisagée	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
Antécédents médicaux :	Antécédents chirurgicaux :	
Antécédents familiaux :	Traitements en cours :	
Allergies : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non		
Plaintes ce jour :	Symptomatologie d'effort :	
Taille :	Poids :	Croissance normale pour l'âge : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
Anomalies métaboliques : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	Facteurs de risques CV :	
Auscultation cardiaque normale <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	Auscultation pulmonaire normale <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	
TA repos :	Pouls périphériques <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	Etat veineux normal : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
FC repos :	Souffle artériel <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	
ECG : <i>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</i>		
rythme :	FC :	axe : PR :
aspect QRS :	QT :	QTc :
repolarisation :	indice de Sokolow :	
Bilan cardiologique spécialisé : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non <i>recommandé chez les sujets :</i> <ul style="list-style-type: none"> - présentant des facteurs de risque péjoratif : les obèses (IMC > 30), les hypertendus et les diabétiques - présentant l'association d'au moins 2 FR parmi : <ul style="list-style-type: none"> - 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 : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non <i>recommandé chez les sujets présentant des signes fonctionnels respiratoires, en cas d'antécédent (notamment pour la plongée en scaphandre)</i>	
Anomalie(s) cardio respiratoire(s):		
ORL	otoscopie normale : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	Valsalva / équilibrage normal <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
audition normale <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	équilibre normal <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	anomalie :
Acuité visuelle :	sans correction : œil droit :	œil gauche :
	avec correction : œil droit :	œil gauche :
Appareil locomoteur normal	mb inférieurs : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	mb supérieurs : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
Rachis : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	<i>(en particulier jeunes, pratique NAP, hockey sub et orientation sub)</i>	
Etat bucco-dentaire : <input type="checkbox"/> bon - <input type="checkbox"/> moyen - <input type="checkbox"/> mauvais - <input type="checkbox"/> prothèse		
Psychisme normal <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	Remarques :	
Examen neurologique normal : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non		
Etat cutané :		
Autres :		
Conclusion (et signature médecin) :		
Examens complémentaires / avis spécialisés à prévoir :		
Demande d'évaluation par médecin de plongée (<i>pour adaptation des conditions de pratique</i>) : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non		
Contre-indication : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non si oui : CI <input type="checkbox"/> temporaire - <input type="checkbox"/> définitive		
Restrictions : Justification, remarques :		
Date de l'examen :		