FORMULAIRE DE RENOUVELLEMENT D'INSCRIPTION

OCELLARIS Diving Club Haute Senne
École de plongée sous-marine

ANNEE 2024

Cotisation : 110€ à verser sur le compte BE70 0016 9436 9425

DONNEES PERSONELLES

Nom Prénom

Date de naissance

Adresse

Code Villes

Tél Gsm

Email

Personne à prévenir en cas d'accident

N° de tél Nom

ECRIRE EN LETTRES CAPITALES OU DACTYLOGRAPHIER

☐ J'ai une assurance spécifique plongée

ASSURANCE :
N° POLICE :

NOMBRES DE PLONGÉES TOTAL :
Le participant, Parent (Participant de -18 ans)

Signature:

☐ J'accepte la politique d'utilisation des données RGPD. ☐ J'ai lu le ROI sur le site de l'ODC

ATTESTATION MEDICALE

Souffrez-vous ou avez- vous souffert de ……

- ⇒ ***Oui/Non*** Asthme, respiration difficile lors des exercices ou non ?
- ⇒ ***Oui/Non*** Crises fréquentes ou importantes de rhume des foins ou d'allergies ?
- ⇒ ***Oui/Non*** Problèmes pulmonaires ?
- ⇒ ***Oui/Non*** Pneumothorax ?
- ⇒ ***Oui/Non*** Autre maladie ou intervention chirurgicale de la cage thoracique ?
- ⇒ ***Oui/Non*** Claustrophobie ou agoraphobie, problèmes mentaux ou psychologiques (crises de panique, peur des espaces clos ou du vide) ?
- ⇒ ***Oui/Non*** Épilepsie, convulsions ou prise de médicaments en prévention ?
- ⇒ ***Oui/Non*** Accident neurologique AVC ?
- ⇒ ***Oui/Non*** Migraines sévères chroniques à répétition ou prise de médicaments en prévention ?
- ⇒ ***Oui/Non*** Coma, syncope (perte de connaissance complète ou partielle) ?
- ⇒ ***Oui/Non*** Souffrez-vous régulièrement de mal de transports (voiture, mal de mer, etc) ?
- ⇒ ***Oui/Non*** Dysenterie ou déshydratation exigeant une intervention médicale ?
- ⇒ ***Oui/Non*** Accident de plongée ou maladie de décompression ?
- ⇒ ***Oui/Non*** Incapacité à réaliser des exercices modérés (exemple : promenade de 1,6 km en 12 min) ?
- ⇒ ***Oui/Non*** Blessure à la tête avec perte de connaissance durant les 5 dernières années ?
- ⇒ ***Oui/Non*** Prise de drogue ou traitement pour drogue ou abus d'alcool durant les cinq dernières années
- ⇒ ***Oui/Non*** Problèmes dorsaux fréquents ?
- ⇒ ***Oui/Non*** Intervention chirurgicale du dos ou de la colonne vertébrale ?
- ⇒ ***Oui/Non*** Diabète ?
- ⇒ ***Oui/Non*** Problèmes suite à une opération chirurgicale, blessure ou fracture ?
- ⇒ ***Oui/Non*** Hypertension ou prise de médicaments en prévention ?
- ⇒ ***Oui/Non*** Problèmes cardiaques ?
- ⇒ ***Oui/Non*** Crise cardiaque ou infarctus du myocarde ?
- ⇒ ***Oui/Non*** Angine de poitrine /intervention chirurgicale du cœur ou des vaisseaux sanguins ?
- ⇒ ***Oui/Non*** Interventions chirurgicales des sinus ?
- ⇒ ***Oui/Non*** Interventions chirurgicales ou maladies des oreilles ?
- ⇒ ***Oui/Non*** Perte d'équilibre, surdité ou problèmes d'oreilles ?
- ⇒ ***Oui/Non*** Hémorragies ou troubles sanguins ?
- ⇒ ***Oui/Non*** Hernies ?
- ⇒ ***Oui/Non*** Ulcères ou opération d'ulcères ?
- ⇒ ***Oui/Non*** Colostomie ou iléon-stomie ?
- ⇒ ***Oui/Non*** Problèmes Comportementaux ?

Je déclare sur l'honneur que les informations ci-dessus sont, à ma connaissance, authentiques, complètes et exactes

VISITE MEDICALE SIMPLE

Cette personne s'est inscrite ou désire suivre une activité de plongée en scaphandre autonome (plongée à l'air comprimé). Votre avis est requis pour déterminer des aptitudes physiques du candidat pour cette activité.

IMPRESSION DU MEDECIN

❑ Je ne trouve aucun défaut que je puisse considérer comme incompatible avec la plongée. (I can not find any fault that I can consider incompatible with diving.)

❑ Je ne peux délivrer de certificat d'aptitude à cette personne. (I can not issue a certificate for this person.)

Nom du médecin : Signature du médecin

Date :

Cachet du médecin