

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Cette fiche doit être obligatoirement complétée pour pratiquer la plongée autonome à l'air

NOM : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Ville : CP : Tél : Mob :

Nationalité : Niveau : e-mail :

Je souffre actuellement ou ai souffert des affections suivantes (cocher les cases qui appellent une réponse affirmative) :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Troubles caractériels ou névrotiques | <input type="checkbox"/> Vertiges |
| <input type="checkbox"/> Crises d'épilepsie | <input type="checkbox"/> Malformations vasculaires |
| <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral | <input type="checkbox"/> Broncho-pneumopathie chronique obstructive |
| <input type="checkbox"/> Asthme chronique | <input type="checkbox"/> Scléroemphysème |
| <input type="checkbox"/> Pneumothorax | <input type="checkbox"/> Tachycardie permanente > à 100 |
| <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Angine de poitrine ou infarctus |
| <input type="checkbox"/> Trouble du rythme cardiaque | <input type="checkbox"/> Port d'un pace maker |
| <input type="checkbox"/> Intervention chirurgicale récente | <input type="checkbox"/> Accident de plongée |
| <input type="checkbox"/> Décollement rétinien | <input type="checkbox"/> Glaucome |
| <input type="checkbox"/> Hernie | <input type="checkbox"/> Colopathie |
| <input type="checkbox"/> Forte myopie | <input type="checkbox"/> Otites chroniques sèches ou suppurées |
| <input type="checkbox"/> Perforation tympanique | <input type="checkbox"/> Etat infectieux de l'appareil rhino sinusien |
| <input type="checkbox"/> Lombo sciatique | <input type="checkbox"/> Diabète |
| <input type="checkbox"/> Traumatisme crânien avec perte de connaiss. | <input type="checkbox"/> Etes vous actuellement enceinte |

Une seule case cochée impose l'obtention obligatoire d'un certificat médical pour pratiquer la plongée autonome à l'air.

Si aucune case n'est cochée, je déclare que les indications ci-dessus sont exactes et que je ne suis atteint, à ma connaissance, d'aucune des pathologies inscrites sur ce questionnaire médical.

Cette liste est indicative et non limitative.

Si vous souffrez d'une autre affection, veuillez l'indiquer :

En cas de litige sur cette affection, l'autorisation de plonger est soumise à l'autorisation du directeur de plongée. En conséquence, je reconnais que le Centre de plongée **ABYSS PLONGEE** a rempli ses obligations en matière de questionnement médical et de recherche de contre indication formelle à la pratique de la plongée autonome à l'air.

Etes-vous allergique à l'aspirine : OUI NON

Nous vous informons que le centre **ABYSS Plongée** vous assure dans le cadre de la responsabilité civile. Nous vous recommandons fortement de souscrire une assurance individuelle, qui vous couvrira en cas d'accident de plongée. Vous pouvez souscrire cette assurance auprès de l'organisme DAN, inscription sur internet : www.daneurope.org

Conditions générales de vente :

- Les forfaits et les formations sont nominatifs, non remboursables, non échangeables valables un an et 6 mois pour les formations.
- Toute annulation devra se faire minimum 24 heures à l'avance.
- Si annulation inférieure à 24 heures, les plongées seront dues ou déduites du forfait.
- Toute perte de matériel sera facturée.
- Abyss plongée ne pourra être tenue responsable pour la perte, le vol ou la détérioration du matériel personnel de la clientèle.

J'accepte les conditions générales de vente : OUI NON

RAPPEL : 12 heures après la plongée il ne faut pas prendre l'avion, monter en altitude, faire du sport et de l'apnée.

Je déclare être en bonne condition physique, reposé, ne pas avoir consommé d'alcool et/ou de drogues.

Date :

Signature :

MEDICAL FORM

This form must be completed by any person wishing to engage in scuba diving.

SURNAME: Given name:.....

Date of birth: Place of birth:.....

Street/n°:

City/Country: Zip code: Tel: Mobile:

Nationality: Dive qualification: Email :.....

Have you ever had or do you currently have any of the following conditions (tick the corresponding box(es)) :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Character or neurotic disorders | <input type="checkbox"/> Dizzy spells |
| <input type="checkbox"/> Epilepsy | <input type="checkbox"/> Vascular malformations |
| <input type="checkbox"/> Stroke | <input type="checkbox"/> Chronic obstructive pulmonary disease |
| <input type="checkbox"/> Chronic asthma | <input type="checkbox"/> Pulmonary emphysema |
| <input type="checkbox"/> Pneumothorax (collapsed lung) | <input type="checkbox"/> Permanent tachycardia > 100 bpm |
| <input type="checkbox"/> High blood pressure | <input type="checkbox"/> Angina or heart attack |
| <input type="checkbox"/> Heart rhythm disorders | <input type="checkbox"/> Wearing of a pacemaker |
| <input type="checkbox"/> Recent surgery | <input type="checkbox"/> Any dive accident |
| <input type="checkbox"/> Retinal detachment | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Colon diseases |
| <input type="checkbox"/> Severe short-sightedness (myopia) | <input type="checkbox"/> chronic dry or suppurative otitis |
| <input type="checkbox"/> Eardrum perforation | <input type="checkbox"/> Nose/sinus infection |
| <input type="checkbox"/> Lumbar sciatica | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Head injury with loss of consciousness | <input type="checkbox"/> Are you currently pregnant? |

If any of the above items applies to you, we request that you obtain a medical certificate prior to engaging in scuba diving.

Having ticked none of the boxes above, I hereby declare that the information I have provided is accurate and that, to my knowledge, I do not suffer from any of the conditions referred to in this medical form.

The list above is provided on a solely indicative basis and shall not be regarded as all-inclusive. Please indicate any other health condition you may be currently suffering from:

Should there be any disagreement about said condition, the dive supervisor shall ultimately decide whether to authorize the dives. I hereby acknowledge that ABYSS PLONGEE Dive Center has fulfilled its obligations having duly enquired about my health status and possible conditions incompatible with scuba diving.

Are you allergic to aspirin: YES NO

Please note that **ABYSS Plongée Dive Center** insures its divers against civil liability. However, you are strongly recommended to subscribe to a **personal insurance policy** that provides coverage in case of a dive accident. You can subscribe online to such a policy with Divers Alert Network (DAN) at **www.daneurope.org**

Date:

Signature: