

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 :

Personne à prévenir en cas d'accident : Tél:

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 | <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 **Wé Plongée** 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

*Rayez la mention inutile

Nous vous informons que le centre **Wé 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

Date :

Signature :