



Mr Mme

Nom : Prénom :

Objet : Réservation

Je fais suite par la présente à notre entretien et vous confirme que votre demande concernant l'organisation d'un Stage de plongée a bien été prise en considération.

Votre réservation porte sur un stage de plongée qui se déroulera à partir du.....pour personnes.

Le prix par personne pour l'organisation et le déroulement de l'activité est de Euros soit la somme globale deEuros.

Compte tenu des difficultés que nous avons rencontrées, votre réservation ne sera effective qu'à compter de la réception par nos soins de :

- 50 % du prix global de la prestation ;

Cette somme sera versée à titre d'arrhes et ne pourra dès lors vous être restituée dans l'hypothèse où vous souhaiteriez vous départir de votre réservation.

- la fiche d'inscription ;

- le certificat médical ;

-la fiche des contre-indications datée et signée.

Je reste à votre disposition pour vous apporter toute précision utile concernant les modalités d'organisation du stage.

Vous en remerciant par avance,

Je vous prie d'agréer, l'expression de mes sentiments distingués.

Sylvain HUDRY



INSCRIPTION PLONGEE AIGLE NAUTIQUE

Mr Mme

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Numéro de Membre/ Licence :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Téléphone fixe : Portable :

Adresse électronique :

Cadre réservé à PAN :

Adhésion PAN

Certificat médical

Copie des diplômes

Niveau de plongée :

Qualification :

Je déclare avoir pris connaissance des Statuts et du Règlement intérieur et je m'engage à respecter les articles 322-71 à 322-115 du Code du sport. Je règle la somme en paiement de mon adhésion pour l'année en cours.

En tant que licencié(e), je reconnais avoir été informé(e) par le Club de la possibilité de souscrire une assurance « individuelle accident » ainsi que l'impose le Code du sport (articles D321.1 à D321.4) à tout groupement sportif.

A Nice le :

Signature :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(é) autorise mon enfant
à pratiquer la plongée subaquatique.

A Nice le :

Signature :

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 :

MEDECINS FEDERAUX COMITE CÔTE D'AZUR

ANTIBES – LE CANNET– CANNES– MENTON – NICE– GRASSE

BEAUDET Pierre	12,av.Malausséna 06000 NICE	04 93 62 62 60
BERTHARION Olivier	71 ave de la lanterne "le Sonora A" 06200 Nice.	04 93 83 58 51
CHAIZE Jean-Paul	Le Tanagra. Square de Lys 06160 JUAN LES PINS	04 93 61 49 68
DELMOTTE Pierre	93 Av Cyrille Besset 06100 NICE	04 93 84 99 63
DE VICO Ariel	9 Bd. Général LECLERQ 06240 BEAUSOLEIL	04 93 78 44 00
DROGOUL Laurent	Institut A Tzanck –Av. Dr M. Donat 06721 Saint-Laurent du Var	04 92 27 33 33
DREANT Nicolas	Clinique St François– 10 bd Pasteur 06406 NICE	04 93 13 65 00
GRATTEAU Monique	2 av de Verdun 06230 VILLEFRANCHE S MER	04 93 01 70 41
GRAVIERE Jean-Paul	51 Bd Stanislas 06300 NICE	04 93 56 11 53
HOGU Nicolas	15 rue de la République 06500 MENTON	04 93 35 77 35
JOUBERT Pierre Marie	53 Boulevard des Alpes 06800 CAGNES SUR MER	04 97 10 29 90
JUSTAFRE Thierry	2 rue Louis Pastour 06400 CANNES	04 93 38 66 83
KOLECKAR Henri	23 Bd Gambetta 06000 NICE	04 93 44 25 25
LAVAGNE Bruno	4 Chemin du TANIT 06160 JUAN LES PINS	04 93 67 03 07
LEGER Guy-Paul	21 rue de la Buffa 06000 NICE	04 93 87 58 98
MOUCHEL Claire	6 avenue de la Vallière 06100 NICE	04 93 52 05 81
SASSARD Frederic	36 Bd de Marinoni 06310 BEAULIEU SUR MER	04 93 01 48 80
ZERBIB Jean-Luc	L'Aiglon 12bis, Bd Président WILSON 06600 ANTIBES	04 93 34 56 40

CONTRE-INDICATIONS

A LA PLONGÉE EN SCAPHANDRE AUTONOME

Cette liste est indicative et non limitative.

	Contre-Indications Définitives	Contre-Indications Temporaires
Cardiologie	Cardiopathie congénitale Insuffisance cardiaque symptomatique Cardiomyopathie obstructive Pathologie avec risque de syncope Tachycardie paroxystique BAV II ou complet, non appareillés Shunt D-G découvert après un accident de décompression à symptomatologie cérébrale ou cochléo-vestibulaire	Hypertension artérielle non contrôlée Infarctus récent et angor Péricardite Traitement par anti-arythmique Traitement par bêtabloquants par voie générale ou locale : à évaluer (*)
Oto-Rhino-Laryngologie	Cophose unilatérale Evidement pétromastoidien Ossiculoplastie Trachéostomie Laryngocèle Déficit audio bilatéral à évaluer par audiométrie Otospongiose opérée	Episode infectieux Polypose nasosinusienne Obstruction tubaire Syndrome vertigineux Perforation tympanique
Pneumologie	Insuffisance respiratoire Pneumopathie fibrosante Vascularite pulmonaire Asthme à évaluer (*) Pneumothorax spontané ou maladie bulleuse, même opérés Chirurgie pulmonaire	Pathologie infectieuse Pleurésie Traumatisme thoracique
Ophthalmologie	Pathologie vasculaire de la rétine, de la choroïde ou de la papille kératocône Prothèse ou implant creux	Chirurgie du globe oculaire sur 6 mois, y compris laser Détachement rétinien
Neurologie	Epilepsie Syndrome déficitaire sévère Pertes de connaissance itératives Effraction méningée neuro-chirurgicale, ORL ou traumatique	Traumatisme crânien grave à évaluer
Psychiatrie	Affection psychiatrique sévère Infirmité Motrice Cérébrale Ethylisme chronique	Traitement antidépresseur, anxiolytique, par neuroleptique ou hypnogène Alcoolisation aiguë
Hématologie	Thrombopénie périphérique Thrombopathies congénitales Phlébites à répétition, troubles de la crase sanguine découverts lors du bilan d'une phlébite hémophiles : à évaluer (*)	Phlébite non explorée
Gynécologie		Grossesse
Métabolisme	Diabète traité par insuline : à évaluer (*) Diabète traité par antidiabétiques oraux (hormis biguanides)	Tétanie / Spasmophilie
Dermatologie	Troubles métaboliques ou endocriniens sévères	
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 intérieur de la C.M.P.N. ; ce certificat médical devra être visé par le Président de la Commission Médicale Régionale.		

Nom :

Prénom :