



INSCRIPTION BAPTÊME

Mr Mme

Nom : Prénom

Date de naissance :

Adresse :

Code Postal : Commune

Téléphone fixe : Portable :

Adresse électronique :

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 reconnais avoir été informé(e) par le Club de la liste des contre-indications en conséquence je confirme ne présenter aucune anomalie constitutionnelle ou acquise, aucune maladie contre-indiquant un baptême de plongée sous-marine.

A Nice le : Signature :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(é) autorise mon enfant

à pratiquer la plongée subaquatique.

A Nice le :

Signature :

CONTRE-INDICATIONS

A 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 Régionale, puis en appel à la Commission Médicale Nationale.

	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	Différentes affections peuvent entraîner des contre-indications temporaires ou définitives selon leur intensité ou leur retentissement pulmonaire, neurologique ou vasculaire	
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 :

Signature :