



PLONGÉE ENFANT (à partir de 8 ans)

CLUB :

A remplir (en caractères d'imprimerie) et à signer avant la visite médicale

<u>ENFANT</u>	<u>PARENT**</u>
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse : rue	Adresse : rue
Code postal : Commune :	Code postal : Commune :
Téléphone :	Téléphone :
Date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	Date : <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
Brevet* : NB (prof.max. 3m)	
Dauphin de bronze (prof.max. 5m)	
Dauphin d'argent ou Dauphin d'or (8-11 ans prof.max. 5m / 12-14 ans prof.max. 10m)	
Autre(s) (préciser) :	
Numéro du registre des brevets :	
Date : <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	
Signature du membre	Signature du parent ou tuteur
	<small>*Biffer les mentions inutiles ** Mentionnez l'adresse, le téléphone du parent / tuteur si différent de l'enfant examiné.</small>

ATTESTATION MÉDICALE

Je déclare avoir pris connaissance des directives concernant les aptitudes à la plongée sous-marine reprises au verso du présent document. Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le membre, dont référence ci-dessus

- A subit un E.C.G. à l'effort le / /
- Est apte à pratiquer la plongée en scaphandre autonome en eaux libres
- Est apte à suivre uniquement l'entraînement piscine
- Est inapte temporairement jusqu'au / /
- Est inapte définitivement

Remarque(s) :

Date : / /

CACHET

SIGNATURE



Aptitude médicale - Plongée adulte en schaphandre autonome

L'examen médical n'a d'autre but que de permettre la pratique de la plongée sous-marine au moindre risque pour le candidat. Il est fait pour la sécurité des plongeurs. Il y a donc lieu, pour les candidats, de répondre aux questions du médecin avec soin et sincérité.

Cette liste est indicative et non limitative. Le médecin examinateur portera une attention particulière sur les points suivants, sachant qu'ils représentent des contre-indications relatives ou absolues, mettant la vie du candidat en danger :

- la grossesse,
- toutes les formes d'asthme,
- les pneumothorax et les «trappes à air» pulmonaires,
- les infections pulmonaires,
- toutes maladies, malformations ou opérations réduisant les échanges pulmonaires,
- les affections de la sphère O.R.L., en particulier celles entraînant des vertiges,
- les difficultés de compensation de la pression aux oreilles et aux sinus,
- les caries et plombages en mauvais état,
- les maladies cardiaques ou circulatoires responsables de shunts gauches-droits, d'une réduction de la perfusion myocardique, d'artérites ou tous autres troubles de la perfusion tissulaire,
- l'hypertension artérielle non traitée,
- le diabète, même traité (insulino-dépendant ou non),
- les maladies neurologiques dégénératives,
- l'épilepsie et les convulsions, (même en traitement),
- les dépressions nerveuses et les maladies mentales,
- l'abus d'alcool ou l'utilisation de «drogues»,
- les troubles importants du métabolisme lipidique non traités,
- les fractures non guéries ou datant de moins de six mois,
- les antécédents d'accidents de plongée,
- la prise régulière de certains médicaments,
- les ulcères évolutifs du tractus digestif,
- les glaucomes à angle fermé.

La survenue d'une maladie de cette liste nécessite un nouvel examen médical.

Il est recommandé au médecin examinateur :

- de pratiquer tout examen complémentaire qu'il jugerait indispensable,
- d'inviter le candidat à contresigner la déclaration.

En cas de litige ou de désaccord le médecin examinateur et/ou le candidat peuvent soumettre le dossier médical à la Commission Médicale de la LIFRAS qui statuera en dernier ressort.

La liste des médecins spécialisés est disponible au secrétariat de la LIFRAS

Rue Jules Broeren 38, 1070 BRUXELLES

Tél. 02.521.70.21

Fax 02.522.30.72

E-mail : info@lifras.be