

Nom et Prénom :	-	-
-----------------	---	---

### Fiche d'antécédents médicaux

Déclaration d'antécédents médicaux : je suis conscient que la plongée sous-marine en apnée et autonome constituent des activités exigeant des efforts intenses et impliquant des changements de pression importants et que disposer d'un coeur, de poumons, d'oreilles et de sinus normalement constitués et en bonne santé est essentiel à ma sécurité et à mon bien-être. Je confirme par le présent acte qu'à ma connaissance, mes systèmes circulatoire et respiratoire et espaces aériens sont en bonne santé et normalement constitués et que je ne souffre d'aucun trouble psychologique ou neurologique grave, ni de maladie contagieuse. Je suis également conscient que dans le cas où je ne serais pas certain d'être en forme physique suffisante pour me soumettre à une activité aussi rigoureuse et exigeante que la plongée sous-marine, il serait indispensable que je reçoive l'approbation inconditionnelle d'un médecin diplômé.

Veillez cocher dans la liste suivante les éléments qui vous concernent et accompagnez chaque réponse affirmative d'une explication dans le cadre réservé à cet effet (remarque)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> troubles de comportement | <input type="checkbox"/> asthme hépatite                           | <input type="checkbox"/> Etourdissement   |
| <input type="checkbox"/> bronchite                | <input type="checkbox"/> problème d'ouïe                           | <input type="checkbox"/> opération du coeur   |
| <input type="checkbox"/> verres de contact        | <input type="checkbox"/> diabète                                   | <input type="checkbox"/> évanouissements  |
| <input type="checkbox"/> claustrophobie           | <input type="checkbox"/> séropositif                               | <input type="checkbox"/> hypertension   |
| <input type="checkbox"/> tuberculose              | <input type="checkbox"/> dérèglement de la tension de compensation | <input type="checkbox"/> mal des transports   |
| <input type="checkbox"/> dentier                  | <input type="checkbox"/> ulcère                                    | <input type="checkbox"/> enceinte   |
| <input type="checkbox"/> agoraphobie              | <input type="checkbox"/> prise régulière de médicaments            | <input type="checkbox"/> opération récente  |
| <input type="checkbox"/> problèmes respiratoires  | <input type="checkbox"/> problèmes de sinus                        | <input type="checkbox"/> opération de la colonne vertébrale                             |
| <input type="checkbox"/> handicap physique        | <input type="checkbox"/> colostomie                                | <input type="checkbox"/> angine   |
| <input type="checkbox"/> migraines                | <input type="checkbox"/> allergie à certains médicaments           | <input type="checkbox"/> hospitalisation  |
| <input type="checkbox"/> problèmes de dos         | <input type="checkbox"/> rhume des foies aigu                      | <input type="checkbox"/> autre antécédent médical non repris                            |
| <input type="checkbox"/> blessure grave           | <input type="checkbox"/> hernie                                    | <input type="checkbox"/> participation à une activité refusée pour des raisons de santé |
| <input type="checkbox"/> épilepsie                | <input type="checkbox"/> abus d'alcool, drogues, médicaments       |   |
| <input type="checkbox"/> opération du dos         | <input type="checkbox"/> problèmes cardiaques                      |   |
| <input type="checkbox"/> plus de 40 ans           |  |   |
| <input type="checkbox"/> troubles de l'oreille    |  |   |

Remarque :

Liste des médicaments que vous prenez actuellement :

- Je certifie qu'à ma connaissance, les informations reprises ci-dessus sont correctes.
- Je suis mineur et un parent ou représentant légal a signé en mon nom ci-dessous.

Signature du candidat :

Signature de la  
personne responsable :