

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Cette fiche doit être obligatoirement complétée pour pratiquer la plongée autonome à l'air
ou la plongée en apnée

NOM : Prénom :
Date de naissance : Lieu de naissance
Adresse : Ville :
CP : Tél : Mob :
Nationalité : e-mail :

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"/> Malformations vasculaires |
| <input type="checkbox"/> Crises d'épilepsie | <input type="checkbox"/> Broncho-pneumopathie chronique obstructive |
| <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral | <input type="checkbox"/> Scléroemphysème |
| <input type="checkbox"/> Asthme chronique | <input type="checkbox"/> Tachycardie permanente > à 100 |
| <input type="checkbox"/> Pneumothorax | <input type="checkbox"/> Angine de poitrine ou infarctus |
| <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Port d'un pace maker |
| <input type="checkbox"/> Trouble du rythme cardiaque | <input type="checkbox"/> Accident de plongée |
| <input type="checkbox"/> Intervention chirurgicale récente | <input type="checkbox"/> Glaucome |
| <input type="checkbox"/> Décollement rétinien | <input type="checkbox"/> Colopathie |
| <input type="checkbox"/> Hernie | <input type="checkbox"/> Otites chroniques sèches ou suppurées |
| <input type="checkbox"/> Forte myopie | <input type="checkbox"/> Etat infectieux de l'appareil rhino sinusien |
| <input type="checkbox"/> Perforation tympanique | <input type="checkbox"/> Diabète |
| <input type="checkbox"/> Lombo sciatique | <input type="checkbox"/> Etes vous actuellement enceinte |
| <input type="checkbox"/> Traumatisme crânien avec perte de connaissance | |
| <input type="checkbox"/> Vertiges | |

Une seule case cochée impose l'obtention obligatoire d'un certificat médical pour pratiquer la plongée autonome à l'air ou la plongée en apnée.

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 où à l'obtention d'un certificat médical. En conséquence, je reconnais que **Blue Caledonia Diving** 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.

Nous vous informons que Bue Caledonia Diving 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 **Dive Alert Network Europe**, inscription sur internet : www.daneurope.org

Date :

Signature :