

Octopus

Dossier d'adhésion

Bienvenu au club

Nous vous donnons dans ce dossier :

- Une demande d'adhésion (à compléter)
- Une autorisation du droit à l'image (à signer)
- Une liste des contre indications à la plongée (à lire)
- Un questionnaire de santé (à compléter **pour** le médecin)
- Un certificat médical (à compléter **par** le médecin)

Vous nous redonnez :

- La demande d'adhésion remplie recto verso et signée
- 3 photos pour le Niveau 1, sinon une seule
- Le certificat médical (une copie si possible)
- L'autorisation du droit à l'image
- Le règlement (en 3 fois maximum)

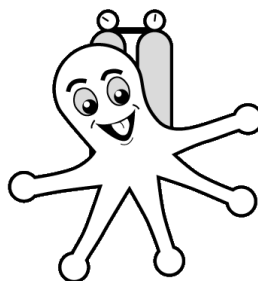
Le dossier de demande d'adhésion doit nous être rendu le plus tôt possible et complet :

Aucune dérogation ne saurait être consentie car il en va de la responsabilité civile et pénale du président et de tous les enseignants qui vous encadrent.

Il nous est toujours très désagréable d'avoir à refuser l'accès de la piscine ou du bateau à un plongeur pour des raisons administratives.

Octopus

Ecole et Club de Plongée de Palavas



Coller
votre
Photo
ici

DEMANDE D'ADHESION 2021

M. Mme Mlle Nom Prénom :

Adresse :

Tél. Domicile :

.....

Tél. Portable :

Code postal :

Profession :

Ville :

E.mail : Date de naissance/...../.....

E.mail :

(des parents si enfant mineur—INDISPENSABLE)

Niveau : Plongeur : Déb N1 N2 N3 N4 N5

Encadrant : E1 E2 E3 E4

Pièces à fournir :

* Pour une adhésion débutant : 3 photos - * Pour un renouvellement : 1 photo

* Certificat médical dûment rempli - Conservez une copie (voir au dos)

* Autorisation parentale pour les mineurs (voir au dos)

* Autorisation Droit à l'image

Cotisations :

Plongeurs . **181,00 €**

Adhésion , Piscine (d'octobre à Juin) (120.26€)

Licence (40.74€) & Assurance Indiv. (20€)

Plongeurs -16ans **161,00 €**

Adhésion , Piscine (d'octobre à Juin) (115.23€)

Licence (25,57€) & Assurance Indiv. (20€)

Encadrants . **141,00 €**

Adhésion , Piscine (d'octobre à Juin) (80.26€)

Licence (40.74€) & Assurance Indiv. (20€)

Forfait Formation Niveau 1 **296,00 €**

Forfait Formation Niveau 2 **441,00 €**

Forfait Jeune (<=14 ans) **231,00 €**

PassExplo Illimitées **100,00 €**

D'autres formules d'assurances sont possibles

Permis Bateau :

A B

Carte mer

Permis côtier

Radiotéléphoniste

Permis mer

Permis hauturier

Réservé au secrétariat

Date d'adhésion :/...../.....

Paiement : Chèque(s) Espèces

Montant :

N° Licence :

Date de délivrance :

Par autre Club :

Rencontre-Plongée / Siège Social : Av. Foch Maison de la Mer 34250 PALAVAS LES FLOTS
Tél. : 04.67.68.18.43 **Site internet:** www.octopus-plongee.asso.fr **Contact:** secretariat@octopus-plongee.asso.fr

PERSONNES A PREVENIR :

Nom, Prénom téléphone

Adresse

Nom, Prénom téléphone

Adresse

AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné(e), Mr - Mme

Agissant en qualité de Père Mère Tuteur

Autorise ma fille - mon fils , (Nom prénom) :

à pratiquer la plongée sous marine, sous la surveillance d'un responsable du club, en connaissance des risques encourus.

A Palavas-les-Flots leSignature

ASSURANCES :

LA LOI SUR LE SPORT 84-610 MODIFIEE IMPOSE A TOUT GROUPEMENT SPORTIF:

« L'OBLIGATION D'INFORMER LEURS ADHERENTS DE LEUR INTERET A SOUSCRIRE UN CONTRAT D'ASSURANCE DE PERSONNE AYANT POUR OBJET DE PROPOSER DES GARANTIES FORFAITAIRES EN CAS DE DOMMAGE CORPOREL »

Loisir 1 : 20.00€ (Elle est incluse d'office dans les adhésions et forfaits souscrits au club)

Loisir 2 : 25.00 € (Supplément de 5.00 €) **Loisir 3** : 42.00 € (Supplément de 22.00 €)

Vous pouvez consulter le site : <http://www.cabinet-lafont.com/> ou nous demander pour le détail des garanties.

Note d'information : Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au secrétariat de l'association. En aucun cas, vos coordonnées ne pourront être cédées à des partenaires commerciaux.

A COMPLETER PAR UN RESPONSABLE ou MONITEUR :

Vu, le certificat médical délivré le/...../.....

Par le Docteur.....

Tampon et signature du moniteur

- Médecin Généraliste
- Médecin Fédéral N° _____
- Médecin du sport
- Diplômé de médecine subaquatique
- Diplômé de médecine hyperbare

- Seules les adhésions complètes seront prises en considération pour la délivrance des licences et pour débiter tout stage au club. (Adhésion, Certificat médical, Autorisation de l'image, Photos, Règlement)
- Aucune adhésion et plongée ne seront remboursées après acceptation.
- Le candidat adhérent reconnaît avoir pris connaissance des règlements en vigueur en matière de pêche sous-marine, des statuts et des règlements de la FFESSM, des statuts et du règlement intérieur de l'association, et s'engage à les respecter.
- Le candidat reconnaît avoir reçu les documents relatifs à l'établissement du certificat médical.
- Le candidat reconnaît avoir signé le document relatif aux droits à l'image.
- Je m'engage à participer à la vie associative du club en tant qu'encadrant et/ou en tant que bénévole.
- Je déclare savoir nager sans appréhension et n'avoir aucune phobie relative à l'eau.

« Bon pour acceptation »
Signature du candidat

Signature de l'association



Demande d'autorisation d'utilisation de l'image d'une personne

Je soussigné(e) :.....
(le cas échéant) représentant légal de l'enfant :.....

Adhérent de l'association « Octopus », école et club de plongée à Palavas-les-Flots

Demeurant :.....
.....
.....

Autorise

N'autorise pas

L'association « Octopus », école et club de plongée à Palavas-les-Flots, à utiliser et diffuser à titre gratuit, non commercial et non exclusif des photographies me représentant (ou représentant mon enfant), réalisées dans le cadre des activités et de la vie du club.

Les photographies susmentionnées sont susceptibles d'être reproduites sur les supports suivants :

- Diffusion sur la Page Facebook «Octopus-plongée-Palavas» ;
- Diffusion sur la Page Instagram «Octopus-plongée» ;
- Diffusion sur le site web intitulé «<http://www.octopus-plongee.asso.fr>» ;
- Publication dans une revue ou journal destinés à promouvoir les activités du club ;
- Projection ou présentation au public lors de manifestations ou animations destinées à la promotion du club (foire aux associations, fête du nautisme, ...)

Cette autorisation, le cas échéant, est consentie durant toute la période de mon adhésion à l'association. En cas de non renouvellement de l'adhésion à l'association, sauf avis contraire de ma part, j'autorise l'association à conserver lesdites photographies sur les supports où elles ont pu être diffusées pendant mon adhésion et à les utiliser à des fins historiques (par exemple, pour retracer l'histoire du club lors de manifestations diverses).

Fait à _____, le _____.

Signature

Questionnaire médical préalable à la visite médicale d'absence de contre-indication à la pratique d'activités subaquatiques

Date : _____

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Profession : _____

Comment vous sentez vous aujourd'hui ?

Avez-vous eu une perte de poids importante ces derniers mois ?

Activités physiques et subaquatiques :

Activité(s) subaquatique(s) pratiquée(s) ou en projet de pratique :

Date approximative des débuts de la pratique _____

Niveau de pratique : _____ nombre de plongées au total : _____

Pratique : d'encadrement / d'enseignement : oui - non ; de compétition : oui - non

Pratique d'autres activités sportives : _____

Nombre d'heures d'activités physiques / sportives pratiquées par semaine : _____

Incidents ou accidents au cours de ces activités, y compris en plongée (préciser date et le type d'accident) :

Habitudes de vie :

Fumez-vous : oui - non si oui, nombre de cigarettes /jour : _____

Nature du produit fumé : _____

Avez-vous fumé : oui - non si oui, date d'arrêt : _____

Consommation de boissons alcoolisées : tous les jours : _____ verres/j - occasionnellement - jamais

Avez-vous été traité pour des problèmes d'alcool ces 5 dernières années ? oui - non

Autres toxiques consommés (y compris occasionnellement) :

Antécédents chirurgicaux / traumatiques :

Avez-vous déjà eu une ou des opération(s) :

cardiaque oui - non si oui, date* et cause :

thoracique oui - non si oui, date* et cause :

sphère ORL oui - non si oui, date* et cause :

ophtalmologique oui - non si oui, date* et cause :

digestive oui - non si oui, date* et cause :

voies urinaires oui - non si oui, date* et cause :

colonne vertébrale oui - non si oui, date* et cause :

cerveau oui - non si oui, date* et cause :

orthopédique oui - non si oui, date* et cause :

autre oui - non si oui, date* et cause :

Autres traumatismes et fractures :

Avez-vous déjà eu un traumatisme crânien : oui - non ; si oui, précisez date* : _____

En dehors des opérations, avez-vous déjà été hospitalisé : oui - non

si oui, précisez date* et cause :

Antécédents médicaux :

Prenez-vous des médicaments tous les jours ou de façon régulière : oui - non

si oui, précisez lesquels :

Avez-vous des allergies : oui - non ; si oui, à quoi : _____

et quel type de manifestations :

Femmes : contraception : _____ traitement de la ménopause : _____

Dans la famille (vos parents, oncles, tantes, frères et sœur) :

Problèmes cardio vasculaires : _____

Autres problèmes de santé particuliers (hémophilie, ...) : _____

Mort subite précoce avant 50 ans (y compris nourrisson) : _____

*date approximative

A l'effort et / ou dans l'eau, avez vous déjà ressenti :

malaise ou perte de connaissance	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	fatigue inhabituelle	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
douleur thoracique	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	trouble visuel ou impression de "trou noir"	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
palpitations	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	céphalées (maux de tête)	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
essoufflement anormal	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	vomissements ou douleurs abdominales	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
respiration sifflante	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	difficultés de récupération	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
toux anormale	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non		

Avez-vous déjà présenté ou présentez-vous :

Malaise	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Perte de connaissance	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Crise d'épilepsie/ convulsion	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Prenez-vous ou avez-vous pris un traitement médical pour prévenir les convulsions ?	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Cancer	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, type et date* :	
Bronchites >3/an	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Asthme	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Respiration sifflante	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Pneumothorax	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Crachat de sang	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Essoufflement anormal	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Autre pb respiratoire	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, le(s)quel(s) :	
Douleur thoracique	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Hypertension artérielle, traitée ou non	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	si oui, date* :
Infarctus / angine de poitrine	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Palpitations / troubles du rythme	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Notion de souffle cardiaque	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
AVC (attaque cérébrale) / AIT	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Autre problème cardio vasculaire	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, le(s)quel(s) :	
Diabète	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, type et date* :	
Phlébite / embolie	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Maladie du sang (hémophilie, saignements prolongés ou anormaux ...)	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Otites / sinusites >3/an	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Vertige, problème d'équilibre	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Trouble de l'audition	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Autre pb ORL	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, le(s)quel(s) :	
Port de lunettes et/ou lentilles	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, vision :	<input type="checkbox"/> de près - <input type="checkbox"/> de loin
Autre pb ophtalmo	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, le(s)quel(s) :	
Reflux gastro-oesophagien	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Ulcère gastro duodéal	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Autre problème digestif	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, le(s)quel(s) :	
Problèmes récurrents de rachis / de dos	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Anxiété	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Dépression	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Attaque de panique	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Autre affection psychiatrique	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, la(es)quelle(s) :	
Grossesse en cours ou envisagée	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non		

Etes-vous suivi / avez-vous été suivi pour des problèmes de santé que je ne vous ai pas demandé : oui - non ; si oui, lesquels :

Je certifie que ces renseignements sont exacts et prends l'entière responsabilité d'une déclaration incomplète ou erronée

Date : _____ Nom et signature du pratiquant ou du responsable légal si mineur :

*date approximative

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 :

CONTRE-INDICATIONS à la PLONGEE 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 et de Prévention Régionale, puis en appel, à la Commission Médicale et de Prévention 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 Maladie de Rendu-Osler Valvulopathies(*)	Hypertension artérielle non contrôlée Coronaropathies : à évaluer(*) Péricardite Traitement par anti-arythmique :à évaluer(*) Traitement par bêta-bloquants par voie générale ou locale: à évaluer (*) Shunt D G découvert après accident de décompression à symptomatologie cérébrale ou cochléo-vestibulaire(*)
Oto-rhino-laryngologie	Cophose unilatérale Évidement pétromastoïdien Ossiculoplastie Trachéostomie Laryngocèle Déficit audio. bilatéral à évaluer (*) Otospongiose opérée Fracture du rocher Destruction labyrinthique uni ou bilatérale Fistule peri-lymphatique Déficit vestibulaire non compensé	Chirurgie otologique Épisode infectieux Polypose nasosinusienne Difficultés tubo-tympaniques pouvant engendrer un vertige alterno-barique Crise vertigineuse ou au décours immédiat d'une crise Tout vertige non étiqueté Asymétrie vestibulaire sup. ou égale à 50%(6mois) Perforation tympanique(et aérateurs trans-tympaniques) Barotraumatismes de l'oreille interne ADD labyrinthique +shunt D-G :à évaluer(*)
Pneumologie	Insuffisance respiratoire Pneumopathie fibrosante Vascularite pulmonaire Asthme :à évaluer (*) Pneumothorax spontané ou maladie bulleuse, même opéré : à évaluer(*) Chirurgie pulmonaire	Pathologie infectieuse Pleurésie Traumatisme thoracique
Ophthalmologie	Pathologie vasculaire de la rétine, de la choroïde, ou de la papille, non stabilisées, susceptibles de saigner Kératocône au delà du stade 2 Prothèses oculaires ou implants creux Pour les N3, N4 , et encadrants : vision binoculaire avec correction <5/10 ou si un œil <1/10, l'autre <6/10	Affections aiguës du globe ou de ses annexes jusqu'à guérison Photokératectomie réfractive et LASIK : 1 mois Phacoémulsification-trabéculéctomie et chirurgie vitro-rétinienne : 2 mois Grefe de cornée : 8 mois Traitement par bêta bloquants par voie locale : à évaluer(*)
Neurologie	Épilepsie Syndrome déficitaire sévère Pertes de connaissance itératives Effraction méningée neurochirurgicale, ORL ou traumatique Incapacité motrice cérébrale	Traumatisme crânien grave à évaluer
Psychiatrie	Affection psychiatrique sévère Éthylisme 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 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-œsophagien 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 intérieure de la C.M.P.N.		

Article 10 du Règlement médical de la FFESSM : Recommandations pour la délivrance du CACI

Article 10-1 : La CMPN rappelle aux médecins que :

L'examen médical permettant de délivrer ce certificat d'absence de contre-indication engage la responsabilité du médecin signataire de ce certificat, seul juge de la nécessité d'éventuels examens complémentaires ; il exerce son art suivant les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents.

Le médecin ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose (art R4127-70 du Code de la Santé Publique). La délivrance d'un CACI ne peut être en aucun cas considérée comme une circonstance exceptionnelle.

Le médecin examinateur peut, s'il le juge utile, en fonction des circonstances et de l'état de santé du plongeur, imposer des limitations relatives aux activités fédérales, à la durée, fréquence, profondeur et autres conditions de plongée.

Le certificat médical ne doit jamais être pratiqué à l'improviste, sur le terrain ou dans les vestiaires avant une compétition, le certificat médical de complaisance est donc prohibé (article R.4127-28 du code de la santé publique).

Le contenu et la rigueur de l'examen doivent tenir compte de l'âge, de l'activité subaquatique pratiquée, son intensité et du niveau du pratiquant.

L'arrêté du 24 juillet 2017 rappelle cependant que cet examen doit être complet suivant les recommandations de la Société Française de Médecine de l'Exercice et du Sport avec en outre une attention particulière sur l'examen ORL (tympan, équilibration / perméabilité tubaire, évaluation vestibulaire, acuité auditive) et l'examen dentaire.

Article 10-2 : La CMPN conseille aux médecins de :

- utiliser le **questionnaire d'aide à la visite médicale et la fiche d'examen médical** établi par la CMPN figurant en annexe III – 1 - 4 du règlement médical et téléchargeable sur le site internet de la commission : medical.ffessm.fr
- utiliser le **modèle de certificat médical** établi par la CMPN figurant en annexe III – 1 - 3 du présent règlement médical
- se référer aux **listes des contre-indications** aux activités subaquatiques figurant en annexe III – 2 – et consultables sur le site internet de la commission : medical.ffessm.fr
- demander une évaluation par un médecin de plongée (fédéral ou subaquatique comme défini plus haut) **en cas de pathologie chronique, de traitement au long cours ou de reprise après un accident de plongée. Des situations à évaluer et conditions de pratiques sont détaillées dans les annexes III - 3**

Article 10-3 : La CMPN conseille aux membres et licenciés : de privilégier, chaque fois que possible, le recours à un médecin fédéral et ce même dans les cas où le CACI peut être délivré par tout médecin.