ADIP
Association Des Instructeurs de Plongée
282, Rue de Fleron
4020 Jupille-Sur-Meuse
Belgium

CERTIFICAT MEDICAL

CANDIDAT

s.v.p. écrire lisiblement.

Prénom		**Nom**	
Date de naissance		**Genre**	
Adresse			
Code Postal		**Ville**	
Pays			
Téléphone privé		**Téléphone prof.**	
FAX			
E-mail			
Profession			
Brevet			

Avez-vous déjà fait un test médical pour la plongée? ☐ OUI ☐ NON Si oui, quand? ___ / ___ / ___

Date de votre dernier examen médical ___ / ___ / ___

MEDECIN

- Cette personne s'est inscrite ou désire suivre une activité de plongée en scaphandre autonome.
- Votre avis est requis pour déterminer les aptitudes physiques du candidat pour cette activité.

IMPRESSION DU MEDECIN

☐ Je ne trouve aucun problème incompatible avec la plongée.

☐ Je ne peux délivrer de certificat d'aptitude à cette personne.

☐ Inapte temporairement.

NOTES :

_____ _____

_____ _____

_____ _____

Nom du médecin			
Adresse			
Code Postal		**Ville**	
Pays			
Téléphone			

Signature du médecin/Date

Copyright©1997-2022-ADIP.be.

ADIP
Association Des Instructeurs de Plongée
282, Rue de Fleron
4020 Jupille-Sur-Meuse
Belgium

DECLARATION MEDICALE

Le cours			
Prénom		Nom	
Date de naissance		Genre	
Adresse			
Code Postal		Ville	
Pays			

Par la présente, vous déclarez être informé(e) des risques liés à la pratique de la plongée sous-marine en scaphandre.

- Pour les mineurs(es), la signature d'un parent ou tuteur légal est obligatoire.
- Pour pratiquer la plongée sous-marine, vous devez être en bonne forme physique et ne pas présenter de surcharge pondérale excessive. La plongée sous-marine peut être physiquement difficile. Vous devez être en bonne santé. Si vous avez des problèmes cardiaques, de rhume ou de congestion nasale, d'épilepsie, d'asthme, de tout problème médical sérieux, ou si vous êtes sous l'influence de l'alcool ou de drogues, vous devez impérativement vous abstenir de plonger. Si vous prenez des médicaments, vous devez consulter votre médecin et votre instructeur avant de participer à un cours de plongée sous-marine.

AVEZ-VOUS ?

- _____ un taux élevé de cholestérol ?
- _____ des antécédents familiaux de crise cardiaque ?
- _____ êtes-vous enceinte ?
- _____ une prise régulière de médicaments ?
- _____ de l'asthme, ou de la dyspnée au repos ou à l'effort ?
- _____ des crises fréquentes ou sévères de rhume des foins ou d'allergie ?
- _____ des rhumes, sinusites ou bronchites fréquents ?
- _____ toute forme de maladie pulmonaire, pneumothorax (collapsus pulmonaire) ?
- _____ une intervention chirurgicale à la poitrine ou une opération des voies respiratoires ?
- _____ de la claustrophobie ou de l'agoraphobie (peur des espaces fermés ou ouverts) ?
- _____ des troubles du comportement ?
- _____ de l'épilepsie, des attaques, des convulsions, ou des prises de médicaments afin de les prévenir ?
- _____ des migraines chroniques ou des prises de médicaments afin de les prévenir ?
- _____ des évanouissements ou des syncopes (perte de connaissance totale ou partielle) ?
- _____ le mal des transports fréquemment (mal de mer, de l'air, etc....) ?
- _____ un accident de plongée ou une maladie de décompression ?
- _____ un mal de dos chronique ?
- _____ une opération du dos ?
- _____ du diabète ?
- _____ des problèmes de dos, des bras ou des jambes à la suite d'une opération, blessure ou fracture ?
- _____ une incapacité à réaliser un exercice physique modéré (marcher un kilomètre et demi en moins de 12 minutes) ?
- _____ de l'hypertension ou des prises de médicaments afin de contrôler l'hypertension ?
- _____ des problèmes cardiaques ?
- _____ une angine de poitrine, une intervention chirurgicale du cœur ou des vaisseaux sanguins ?
- _____ une intervention chirurgicale sur les oreilles ou les sinus, une perte d'audition ou des problèmes d'équilibre ?
- _____ des problèmes d'équilibrage des oreilles (les oreilles se bouchent) lors de voyages en avion ou en montagne ?
- _____ des saignements ou autres troubles sanguins ?
- _____ tout type d'hernie ?
- _____ des ulcères ou toute opération liée ce type de maladie ?
- _____ une colostomie ?
- _____ des abus de drogues ou d'alcool ?
- _____ une ou des blessure(s) sérieuse(s) ou opération(s) à la tête ?

* Je certifie que ces informations concernant mes antécédents médicaux sont exactes.

Signature et date

Copyright©1997-2022-ADIP.be.