



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) :	Signature du parent ou tuteur
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	

*Biffer les mentions inutiles
** Mentionnez l'adresse, le téléphone du parent / tuteur si différent de l'enfant examiné.

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 subi 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 À LA PLONGÉE

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.

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** :

- 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,
- la grossesse,
- les glaucomes à angle fermé.

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 Ligue (LIFRAS) qui statuera en dernier ressort.

La liste des médecins spécialisés est disponible au secrétariat LIFRAS



SECRETARIAT :
Rue Jules Broeren 38
1070 BRUXELLES
Tél. 02.521.70.21
Fax 02.522.30.72
E-mail : lifras@skynet.be