

Lettre type à transmettre au médecin traitant qui devra remplir le certificat médical

Nom du club

Adresse du club

Au médecin examinateur,

Madame,
Monsieur,

La section plongée adaptée du club a pour but de pratiquer des activités subaquatiques avec des personnes handicapées. La pratique de ces activités se fait dans un but ludique et exclut l'esprit de compétition. Nos entraînements se font en piscine dans une profondeur de m. Nous travaillons l'apnée immobile, l'apnée mobile, l'utilisation du détendeur, les vidanges de masques, les échanges d'embouts, les parcours entre bouteilles, etc.

Tous ces exercices permettent aux candidats plongeurs PA d'acquérir une aisance, une aquaticité qui leur donnera plus d'autonomie et une plus grande sécurité pour évoluer dans le monde sous-marin. Nous ne désirons pas faire des plongeurs aguerris, mais voulons donner à chacun une base suffisante en fonction de son handicap.

Nous organisons également des sorties en eaux libres. La profondeur est limitée en fonction des possibilités et du niveau de chaque candidat. La quasi-totalité des plongeurs PA sont encadrés par deux plongeurs brevetés LIFRAS (Ligue Francophone de recherche et d'activités subaquatiques).

La plongée est un sport à risques. La sécurité est notre souci prioritaire. C'est pourquoi nous demandons un examen médical approfondi et souhaitons avoir plus d'informations sur les contre-indications que vous pourriez entrevoir. Pour vous aider dans votre diagnostic, le médecin désigné par la commission médicale pour la plongée adaptée peut être contacté au :

Nom du médecin et N° de tel :

Le certificat médical que vous allez délivrer est valable un an (maximum), peu importe la période de l'année. Notons qu'en cas d'hospitalisation de plus de 2 jours, un nouveau CM devra être établi.

Nous restons à votre disposition pour tous renseignements complémentaires que vous viendriez à nous demander.

Nous vous remercions de votre attention et vous prions de croire en l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

Pour le club : Prénom Nom
Secrétaire.

P.S. : Le certificat médical pourra être examiné par un médecin désigné par la commission plongée adaptée LIFRAS.

Nom du club

Adresse du club



lifras
Plongée adaptée

CERTIFICAT ANNUEL D'APTITUDE PHYSIQUE

Ce certificat est valable jusqu'au : - – 20..... (maximum un an)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Brevet Plongée Adaptée (biffer les mentions inutiles) : NB / PA4 / PA3 / PA2 / PA1

Numéro registre des brevets LIFRAS :

Ce certificat est important

Il constitue un élément primordial de sécurité pour l'encadrant de plongée et pour la personne elle-même afin de choisir en connaissance de cause le meilleur schéma d'activité sportive. Il permet en outre de mieux apprécier les risques d'accident et le traitement éventuel d'une affection survenant lors de la pratique sportive. Les profondeurs proposées correspondent à la profondeur maximale permise suivant les différents brevets. Une profondeur intermédiaire peut bien entendu être notifiée.

J'autorise / je n'autorise pas (*) la personne précitée à participer, en **piscine**, aux activités subaquatiques du club.

J'autorise / je n'autorise pas (*) la personne précitée à participer, aux plongées en **eaux libres** organisées par le club. (Profondeur maximale : mètres (10 m, 15 m, 30m) (*)

(*) Biffer les mentions inutiles.

En cas d'hospitalisation de plus de 2 jours, un nouveau CM devra être établi par le médecin

Remarque(s) :

.....
.....

Certifié complet

Signature du demandeur

Certifié complet

Cachet, date et signature du médecin

Si « nom du club » et la LIFRAS n'ont pas connaissance, en temps voulu, des éléments nécessaires pour faire face à toute situation découlant de l'évolution de l'état de santé de l'intéressé, « nom du club » et LIFRAS s'estimeront déchargés de toute responsabilité.

Nom : Prénom :

Pathologie(s) :

.....
.....

- J'estime que les précautions suivantes seraient utiles (remarques et restrictions ou interdictions éventuelles de certains mouvements, profondeur, etc.) :

.....
.....

Traitement :

L'intéressé doit-il prendre des médicaments ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

.....
.....
.....

Doit-il suivre un régime ? Oui Non

Si oui, lequel ?

.....
.....

A-t-il besoin d'appareillage? Oui Non

Si oui, lequel ?

.....
.....

A-t-il besoin de soins en nursing ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

.....
.....

Contre-indications éventuelles :

.....
.....

Certifié complet

Signature du demandeur

Certifié complet

Cachet, date et signature du médecin

Si « nom du club » et LIFRAS n'ont pas connaissance, en temps voulu, des éléments nécessaires pour faire face à toute situation découlant de l'évolution de l'état de santé de l'intéressé, « nom du club » et la LIFRAS s'estimeront déchargés de toute responsabilité.

Cette face est confidentielle et reste dans une farde chez le secrétaire du club

Déclaration de secret médical partagé

Le plongeur PA devra signer un document qui permettra à tous les encadrants de plongée adaptée d'avoir accès à des données médicales devant servir aux intérêts du plongeur PA.

Je soussigné en tant que plongeur encadré dans un club de plongée adaptée, déclare :

- être conscient que mon confort et ma sauvegarde nécessitent le partage avec mes encadrants de certaines données médicales me concernant ;
- avoir été mis au courant du fait que mon dossier médical (à partir du certificat remis par le médecin traitant) a été communiqué au secrétaire de mon club. A charge du moniteur de plongée adaptée désigné par le club d'en partager les éléments indispensables avec les encadrants ;
- libérer mon docteur traitant et le médecin désigné par la commission médicale pour la plongée adaptée du secret professionnel médical dans le cadre strict de mon activité sportive.

Fait à le / / 20

(Signature précédée de « lu et approuvé »)

Lors de sa formation théorique PA, l'encadrant s'engagera à respecter le secret médical en signant le même type de convention (ce document sera archivé à la commission PA LIFRAS).

Je soussigné agissant en tant qu'encadrant d'un club de plongée adaptée, déclare :

- être conscient de détenir par la fréquentation des encadrés et par le partage nécessaire de certaines données médicales, des détails de vie non partageables avec les personnes étrangères à l'activité ;
- me conformer à la règle du secret tant en ce qui concerne les données médicales, que de tout autre élément touchant à l'intimité des personnes.

Fait à le / / 20

(Signature précédée de « lu et approuvé »)