



## QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR LA PRATIQUE DES ACTIVITES SUBAQUATIQUES

De Mr – Mme – Melle : .....Né(e) le .....

Pour pratiquer la plongée, vous ne devez pas avoir de problème de santé qui risquerait d'être aggravé par cette activité ou de favoriser un accident. En application de la réglementation fédérale (obéissant à l'arrêté du 28 avril 2000 du Ministère de la Jeunesse et des Sports), il vous est demandé de remplir avec attention ce questionnaire. Si vous répondez « NON » à toutes les questions, tout médecin peut délivrer le certificat de non contre-indication joint. Si vous répondez « OUI » à l'une des questions, vous devez être examiné par un médecin de la FFESSM ou par un médecin spécialisé en médecine de la plongée subaquatique pour évaluation des risques éventuels. Le certificat qui vous sera alors remis précisera éventuellement les conseils et restrictions de pratique de la plongée. Quelles que soient vos réponses, la liste de ces médecins, qui vous conseilleront au mieux, vous sera fournie par votre club ou votre structure de plongée. Ce questionnaire, conservé dans le dossier du médecin que vous aurez consulté, reste confidentiel et relève du secret médical. Il peut cependant être demandé dans certaines circonstances par une instance judiciaire.

La pratique de la plongée subaquatique avec scaphandre est contre indiquée durant la grossesse.  
La consommation exagérée d'alcool et de produits illicites est incompatible avec la pratique de la plongée subaquatique avec scaphandre.

- |  | OUI                      | NON                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Si vous avez déjà plongé, avez vous été victime d'une surpression pulmonaire ou d'un accident de décompression ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Etes vous atteint d'un handicap ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Avez-vous eu ou avez vous :  |                          |                          |
| * des problèmes cardiaques ou circulatoires ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| en particulier : - une hypertension artérielle <u>même traitée</u> ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - des pertes de connaissance à répétition ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * des problèmes respiratoires chroniques   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| en particulier, une maladie asthmatique ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * un pneumothorax, un traumatisme thoracique ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * des problèmes de la sphère oto-rhino-laryngologique ayant entraîné des soins médicaux spécialisés                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| en particulier : - une mauvaise audition, une perforation tympanique ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - une sinusite ou une otite chronique ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - des vertiges ou des troubles de l'équilibre à répétition ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - des douleurs des oreilles dans l'eau, en avion ou en altitude ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * des problèmes psychiatriques ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| en particulier, êtes vous suivi pour dépression ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |  | OUI                      | NON                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Avez-vous eu ou avez vous :  |                          |                          |
| * des problèmes neurologiques ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| en particulier : - des crises d'épilepsie, traitées ou non ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - des crises de « tétanie » ou de « spasmophilie » ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - un traumatisme crânien avec coma ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * une maladie métabolique ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| en particulier : - une maladie diabétique traitée ou non ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - une maladie endocrinienne ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * une affection tumorale ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * une hernie hiatale ou un reflux gastro-œsophagien ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * une affection des yeux suivante : myopie sévère, anomalie de la cornée, problème de rétine ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * des problèmes dermatologiques chroniques ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Prenez vous un traitement : pour le cœur, pour la tension, pour fluidifier le sang, à visée psychiatrique ou neurologique                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Avez-vous déjà bénéficié d'une intervention chirurgicale ou endoscopique :   |                          |                          |
| - sur le cœur, ou sur le thorax ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - sur l'estomac ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - sur les oreilles ou les sinus ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - intra-crânienne ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - sur les yeux (y compris au laser) ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Bénéficiez vous d'une interruption d'activité ou de travail depuis au moins 1 mois suite à une maladie ou à un accident ?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Devez-vous bénéficier d'un traitement médical long, d'une intervention chirurgicale ou endoscopique, d'une hospitalisation dans les 6 prochains mois ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(nous vous recommandons de faire soigner vos caries dentaires)

Je certifie avoir lu et compris les questions ci-dessus et pouvoir attester que mes réponses sont exactes. Je reconnais avoir été averti (e) que toute déclaration inexacte engage ma responsabilité et dégage celle du médecin signataire du certificat médical de non contre-indication ainsi que celle des dirigeants de la structure au sein de laquelle je vais pratiquer les activités subaquatiques.

Fait le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

signature :  
(du parent ou tuteur s'il s'agit d'un mineur)

#### Avertissement

**Attention : vous engagez votre responsabilité en cas de fausse déclaration, et votre signature datée certifie la véracité de la présente déclaration d'état de santé.**