



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR LA PRATIQUE DES ACTIVITÉS SUBAQUATIQUES

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, il vous est demandé de remplir avec attention ce questionnaire. **Si vous répondez « OUI » à l'une des questions, vous devez être examiné par un médecin.** Le certificat qui vous sera alors remis précisera éventuellement les conseils et restrictions de pratique de la plongée. Ce questionnaire reste confidentiel.

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

1. Si vous avez déjà plongé, avez-vous été victime d'une surpression pulmonaire ou d'un accident de décompression ?
2. Avez-vous eu ou avez-vous : Des problèmes cardiaques ou circulatoires ?
3. Avez-vous eu ou avez-vous : Des problèmes respiratoires chroniques ? (Asthme, pneumothorax etc)
4. Avez-vous eu ou avez-vous : Des problèmes psychiatriques ? (Dépression, traitement psychotrope etc)
5. Avez-vous eu ou avez-vous : Des problèmes neurologiques ? (Epilepsie, Tétanie, Spasmophilie etc)
6. Avez-vous eu ou avez-vous : Une maladie métabolique ? (Obésité, Diabétique, Endocrinienne etc.)
7. Avez-vous eu ou avez-vous : Une affection tumorale ?
8. Prenez-vous un traitement : pour le cœur, pour la tension, pour fluidifier le sang, à visée psychiatrique ou neurologique ?

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 des dirigeants de la structure au sein de laquelle je vais pratiquer la plongée sous-marine.

Nom	Prénom	Date de naissance	Contre-indication ?	Date	Signature
			Oui / Non		
			Oui / Non		
			Oui / Non		
			Oui / Non		
			Oui / Non		

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.