



SUBQUERCY

Un club multi-activités



DOSSIER D'INSCRIPTION 2018/2019

RENSEIGNEMENTS:

Subquercy

Centre Aquatique Divoneo
150, rue de la guinguette
CAHORS
subquercy46@gmail.com

René MABIRE
06 89 33 03 26

ENTRAINEMENTS
Centre Aquatique Divoneo

Lundi 20h30 22h00
Vendredi 20h00 22h30

Joindre obligatoirement :

- La **fiche de renseignements** (page 1)
- L'**autorisation** parentale pour les mineurs
- La copie du **certificat médical** d'aptitude à la pratique de la plongée sous-marine en scaphandre autonome datant de moins de 3 mois (*garder l'original*)
- Un **chèque** à l'ordre de SUBQUERCY

L'inscription ne sera validée que lorsque le dossier sera complet

COORDONNEES: Merci d'écrire de manière lisible

NOM :

PRENOM:

ADRESSE :

CP :

COMMUNE :

TEL FIXE :

TEL PORTABLE :

E-MAIL :

DATE DE NAISSANCE : N° de licence :

- j'ai pris connaissance des assurances complémentaires proposées**



Qualification	Actuelle	Souhaitée
AUCUNE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RIFA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Qualification	Actuelle
AUCUNE	<input type="radio"/>
AN1	<input type="radio"/>
AN2	<input type="radio"/>
INITIATEUR	<input type="radio"/>
EF1	<input type="radio"/>
EF2	<input type="radio"/>



SUBQUERCY

Un club multi-activités



TARIFS SAISON 2018/2019

(à régler par chèque à l'ordre de Subquercy)

Licence PLONGEE	Nb x	Montant	A régler
Adhésion enfant <12 ans		30,00 €	
Adhésion jeune <16 ans		105,00 €	
Adhésion adulte >16 ans		125,00 €	

Assurances	
oui	
non	

Adhésion famille

Réduction de 20€ (sur les licences adultes uniquement) à partir de la 2ème licence souscrite pour une même famille

Licence PISCINE UNIQUEMENT	Nb x	Montant	A régler
Adhésion PMT adulte >16 ans*		105,00 €	
Adhésion adulte >16 ans**		60,00 €	

Assurances	
oui	
non	

ASSURANCES COMPLEMENTAIRES

Vous avez le choix entre plusieurs assurances complémentaires facultatives, en fonction de la licence que vous prendrez (FFESSM ou FSCT).

Veillez vous renseigner auprès des membres du bureau, concernant les différentes formules proposées.

* accès piscine pour nage avec palmes hors matériel de plongée

** hors accès piscine et matériel du club

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DES ACTIVITES SUBAQUATIQUES

Je soussigné, Docteur :

certifie :

- avoir pris connaissance de la liste des contre-indications à la pratique de la plongée sous-marine établie par la Commission Médicale et de Prévention Nationale de la FFESSM (cf. verso)
- avoir examiné :

Mr, Mme, Melle :

Né(e) le :

Demeurant à :

et déclare qu'il (elle) ne présente pas à ce jour de contre-indication cliniquement décelable à la pratique des activités sub-aquatiques.

Fait à :

le :

Signature et tampon (obligatoire)

Le présent certificat, valable 1 an sauf maladie intercurrente ou accident de plongée est remis en mains propres à l'intéressé(e) qui a été informé(e) des risques médicaux encourus.

Informations au médecin signataire

L'article L 231-2 du Nouveau Code de la Santé Publique prévoit que les Fédérations doivent veiller à la santé de leurs licenciés. En application de l'article L.231-2 de ce Code, la délivrance de ce certificat ne peut se faire qu'après un « examen médical approfondi » qui doit permettre le dépistage d'une ou plusieurs affections justifiant une contre indication temporaire ou définitive ; la liste indicative de ces affections figure au verso de ce certificat dont la délivrance doit être mentionnée dans le carnet de santé prévu par l'article L 2132-1 . Si le recours à un Médecin Fédéral FFESSM ou spécialisé en Médecine subaquatique et hyperbare vous paraît souhaitable , la liste de ces médecins est disponible auprès des structures fédérales de la FFESSM ou en consultant les sites web régionaux accessibles à partir de www.ffessm.fr

CONTRE-INDICATIONS à la PLONGEE en SCAPHANDRE AUTONOME

Février 2007

Cette liste est indicative et non limitative. Les problèmes doivent être abordés au cas par cas, éventuellement avec un bilan auprès d'un spécialiste, la décision tenant compte du niveau technique (débutant, plongeur confirmé ou encadrant).

En cas de litige, la décision finale doit être soumise à la Commission Médicale Régionale, puis en appel, à la Commission Médicale Nationale.

	Contre indications définitives	Contre indications temporaires
Cardiologie	Cardiopathie congénitale Insuffisance cardiaque symptomatique Cardiomyopathie obstructive Pathologie avec risque de syncope Tachycardie paroxystique BAV II ou complet non appareillés Shunt D G découvert après accident de décompression à symptomatologie cérébrale ou cochléo-vestibulaire	Hypertension artérielle non contrôlée Infarctus récent et angor Péricardite Traitement par anti arythmique Traitement par bêta-bloquants par voie générale ou locale : à évaluer (*)
Oto-rhino-laryngologie	Cophose unilatérale Évidement pétromastoïdien Ossiculoplastie Trachéostomie Laryngocèle Déficit audio. bilatéral à évaluer par audiométrie Otospongiose opérée	Épisode infectieux Polypose nasosinusienne Obstruction tubaire Syndrome vertigineux Perforation tympanique
Pneumologie	Insuffisance respiratoire Pneumopathie fibrosante Vascularite pulmonaire Asthme à évaluer (*) Pneumothorax spontané ou maladie bulleuse, même opéré Chirurgie pulmonaire	Pathologie infectieuse Pleurésie Traumatisme thoracique
Ophthalmologie	Pathologie vasculaire de la rétine, de la choroïde, ou de la papille Kératocône Prothèse ou implant creux	Chirurgie du globe oculaire sur 6 mois, y compris laser Détachement rétinien
Neurologie	Épilepsie Syndrome déficitaire sévère Pertes de connaissance itératives Effraction méningée neurochirurgicale, ORL ou traumatique	Traumatisme crânien grave à évaluer
Psychiatrie	Affection psychiatrique sévère Incapacité motrice cérébrale Éthylisme chronique	Traitement antidépresseur, anxiolytique, par neuroleptique ou hypnogène Alcoolisation aiguë
Hématologie	Thrombopénie périphérique, thrombopathies congénitales. Phlébites à répétition, troubles de la crase sanguine découverts lors du bilan d'une phlébite. Hémophiles : à évaluer (*)	Phlébite non explorée
Gynécologie		Grossesse
Métabolisme	Diabète traité par insuline : à évaluer (*) Diabète traité par antidiabétiques oraux (hormis biguanides) Troubles métaboliques ou endocriniens sévères	Tétanie / Spasmophilie
Dermatologie	Différentes affections peuvent entraîner des contre-indications temporaires ou définitives selon leur intensité ou leur retentissement pulmonaire, neurologique ou vasculaire	
Gastro-Entérologie	Manchon anti-reflux	Hernie hiatale ou reflux gastro-œsophagien à évaluer
Toute prise de médicament ou de substance susceptible de modifier le comportement peut être une cause de contre-indication La survenue d'une maladie de cette liste nécessite un nouvel examen		
Toutes les pathologies affectées d'un (*) doivent faire l'objet d'une évaluation, et le certificat médical de non contre indication ne peut être délivré que par un médecin fédéral		
La reprise de la plongée après un accident de désaturation, une surpression pulmonaire, un passage en caisson hyperbare ou autre accident de plongée sévère, nécessitera l'avis d'un Médecin Fédéral ou d'un médecin spécialisé selon le règlement intérieure de la C.M.P.N. ; ce certificat médical devra être visé par le Président de la Commission Médicale Régionale.		



Autorisation parentale ou tutélaire

Je soussigné (nom, prénom) : _____

Agissant en qualité de* : Père Mère Tuteur

Autorise (nom, prénom) : _____

A pratiquer l'activité (préciser) : _____

A participer à la manifestation suivante : _____

Dates de la manifestation : début fin

Fait à _____ Le _____ Signature :

*Cocher la case correspondante



Autorisation parentale ou tutélaire

Je soussigné (nom, prénom) : _____

Agissant en qualité de* : Père Mère Tuteur

Autorise (nom, prénom) : _____

A pratiquer l'activité (préciser) : _____

A participer à la manifestation suivante : _____

Dates de la manifestation : début fin

Fait à _____ Le _____ Signature :

*Cocher la case correspondante