



INSCRIPTION

☐ BAPTÊME DE PLONGÉE

☐ 1^{ere} SEANCE DE PLONGÉE

MINEUR

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse mail :

AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

Le baptême de plongée est une expérience épanouissante, ouverte à tous dès 8 ans et dépourvue de tout danger dans le cadre d'un établissement agréé, encadré de moniteurs expérimentés et attentionnés tels ceux qui vous reçoivent.

Nul certificat médical n'est demandé pour le pratiquer, sauf dans le cas de mineurs en situation de handicap.

La plongée sous-marine en scaphandre est déconseillée, voire interdite aux personnes ayant:

- des problèmes **cardiaques, rénaux**
- des problèmes **respiratoires** (asthme, pneumothorax...)
- des problèmes **neurologiques** (épilepsie...) ou **psychiatriques**, tétanie...
- du **diabète**, des **maladies endocriniennes**...
- des **problèmes O.R.L., oculaires**.

Il est également déconseillé de plonger si vous venez juste d'être vacciné contre le COVID ou si vous avez été récemment malade du COVID...

Je soussigné(e)

responsable légal (père, mère, tuteur¹) de l'enfant ci-dessus mentionné, âgé de ans, déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus.

☐ **J'autorise mon enfant à pratiquer un baptême de plongée** subaquatique avec le Club de Plongée de Laon.

☐ **Je confirme que mon enfant ne présente aucune anomalie constitutionnelle ou acquise, aucune maladie contre-indiquant un baptême de plongée sous-marine.** (Liste au verso)

☐ **J'autorise** ☐ **Je n'autorise pas** le Club de Plongée de Laon à photographier ou filmer mon enfant au cours de ce baptême.

☐ **J'autorise** ☐ **Je n'autorise pas** le Club de Plongée de Laon à utiliser, pour ses besoins de communication, toute image (photo, vidéo) concernant mon enfant prise pendant ce baptême. Ces images ne devront porter atteinte ni à la vie privée, ni aux bonnes mœurs.

Fait à Laon, le

Signature

Numéro masque	
---------------	--

¹ Barrer la mention inutile

CONTRE-INDICATIONS à la PLONGEE en SCAPHANDRE AUTONOME

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 et de Prévention Régionale, puis en appel, à la Commission Médicale et de Prévention 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 Maladie de Rendu-Osler Valvulopathies (*)	Hypertension artérielle non contrôlée Coronaropathies : à évaluer (*) Péricardite Traitement par antiarythmique : à évaluer (*) Traitement par bêta-bloquants par voie générale ou locale : à évaluer (*) Shunt D G découvert après accident de décompression à symptomatologie cérébrale ou cochléo-vestibulaire (*)
Oto-rhinolaryngologie	Cophose unilatérale Évidement pétromastoidien Ossiculoplastie Trachéostomie Laryngocèle Déficit audio bilatéral à évaluer (*) Otospongiose opérée Fracture du rocher Destruction labyrinthique uni ou bilatérale Fistule péri-lymphatique Déficit vestibulaire non compensé	Chirurgie otologique Épisode infectieux Polypose nasosinusienne Difficultés tubo-tympaniques pouvant engendrer un vertige alterno-barique Crise vertigineuse ou au décours immédiat d'une crise Tout vertige non étiqueté Asymétrie vestibulaire sup. ou égale à 50%(6mois) Perforation tympanique (et aérateurs transtympaniques) Barotraumatismes de l'oreille interne ADD labyrinthique +shunt D-G : à évaluer(*)
Pneumologie	Insuffisance respiratoire Pneumopathie fibrosante Vascularite pulmonaire Asthme : à évaluer (*) Pneumothorax spontané ou maladie bulleuse, même opéré : à évaluer(*) Chirurgie pulmonaire	Pathologie infectieuse Pleurésie Traumatisme thoracique
Ophthalmologie	Pathologie vasculaire de la rétine, de la choroïde, ou de la papille non stabilisées, susceptibles de saigner Kératocône au-delà du stade 2 Prothèses oculaires ou implants creux Pour les N3, N4, et encadrants : vision binoculaire avec correction<5/10 ou si un œil<1/10,l'autre <6/10	Affections aiguës du globe ou de ses annexes jusqu'à guérison Photokératectomie réfractive et LASIK : 1 mois Phacoémulsification-trabéculéctomie et chirurgie vitro-rétinienne : 2 mois Greffe de cornée : 8 mois Traitement par bêta bloquants par voie locale : à évaluer (*)
Neurologie	Épilepsie Syndrome déficitaire sévère Pertes de connaissance itératives Effraction méningée Neurochirurgicale, ORL ou traumatique Incapacité motrice cérébrale	Traumatisme crânien grave à évaluer
Psychiatrie	Affection psychiatrique sévère 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)	Tétanie / Spasmodophilie
	Troubles métabolique ou endocriniens sévères	
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 intérieur de la C.M.P.N.		

Je reconnais avoir été informé(e) de manière claire, précise et compréhensible par l'encadrant du club de Plongée de Laon de l'ensemble des contre-indications à la plongée en Scaphandre pour mon enfant.....

Nom..... .Fait à Laon, le

« Lu et approuvé » Signature