

# Octopus

## Dossier d'adhésion

*Bienvenu au club*

### **Nous vous donnons dans ce dossier :**

- Une demande d'adhésion (à compléter)
- Une autorisation du droit à l'image (à signer)
- Une liste des contre indications à la plongée (à lire)
- Un questionnaire de santé (à compléter **pour** le médecin)
- Un certificat médical (à compléter **par** le médecin)

### **Vous nous redonnez :**

- La demande d'adhésion remplie recto verso et signée
- 3 photos pour le Niveau 1, sinon une seule
- Le certificat médical (une copie si possible)
- L'autorisation du droit à l'image
- Le règlement (en 3 fois maximum)

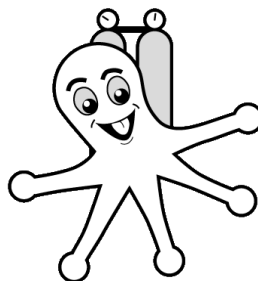
**Le dossier de demande d'adhésion doit nous être rendu le plus tôt possible et complet :**

Aucune dérogation ne saurait être consentie car il en va de la responsabilité civile et pénale du président et de tous les enseignants qui vous encadrent.

Il nous est toujours très désagréable d'avoir à refuser l'accès de la piscine ou du bateau à un plongeur pour des raisons administratives.

# Octopus

Ecole et Club de Plongée de Palavas



Coller  
votre  
Photo  
ici

## DEMANDE D'ADHESION 2019

M. Mme Mlle Nom Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. Domicile : .....

.....

Tél. Portable : .....

.....

Profession : .....

Code postal : .....

Ville : .....

E.mail : ..... Date de naissance ...../...../.....

E.mail : .....

(des parents si enfant mineur—INDISPENSABLE)

**Niveau : Plongeur :** Déb N1 N2 N3 N4 N5

**Encadrant :** E1 E2 E3 E4

### Pièces à fournir :

\* Pour une adhésion débutant :  3 photos - \* Pour un renouvellement :  1 photo

\*  Certificat médical dûment rempli - Conservez une copie (voir au dos)

\*  Autorisation parentale pour les mineurs (voir au dos)

\*  Autorisation Droit à l'image

### Cotisations :

**Plongeurs .**  **170,00 €**

Adhésion , Piscine (d'octobre à Juin) (110,30€)

Licence (39,70€) & Assurance Indiv. (20€)

**Plongeurs -16ans**  **150,00 €**

Adhésion , Piscine (d'octobre à Juin) (104,90€)

Licence (25,10€) & Assurance Indiv. (20€)

**Encadrants .**  **130,00 €**

Adhésion , Piscine (d'octobre à Juin) (70,30€)

Licence (39,70€) & Assurance Indiv. (20€)

**Forfait Formation Niveau 1**  **285,00 €**

**Forfait Formation Niveau 2**  **430,00 €**

**Forfait Jeune (<=14 ans)**  **220,00 €**

D'autres formules d'assurances sont possibles

### Permis Bateau :

A  B

Carte mer

Permis côtier

Radiotéléphoniste

Permis mer

Permis hauturier

### Réservé au secrétariat

**Date d'adhésion :** ...../...../.....

**Paiement :**  Chèque(s)  Espèces

**Montant :** .....

**N° Licence :** .....

**Date de délivrance :** .....

Par autre Club  : .....

**Rencontre-Plongée / Siège Social :** Av. Foch Maison de la Mer 34250 PALAVAS LES FLOTS  
Tél. : 04.67.68.18.43 **Site internet:** www.octopus-plongee.asso.fr **Contact:** secratariat@octopus-plongee.asso.fr

## PERSONNES A PREVENIR :

Nom, Prénom ..... téléphone .....

Adresse .....

Nom, Prénom ..... téléphone .....

Adresse .....

## AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné(e), Mr - Mme .....

Agissant en qualité de  Père  Mère  Tuteur

Autorise ma fille - mon fils , (Nom prénom) : .....

à pratiquer la plongée sous marine, sous la surveillance d'un responsable du club, en connaissance des risques encourus.

A Palavas-les-Flots le .....Signature

## ASSURANCES :

LA LOI SUR LE SPORT 84-610 MODIFIEE IMPOSE A TOUT GROUPEMENT SPORTIF:

« L'OBLIGATION D'INFORMER LEURS ADHERENTS DE LEUR INTERET A SOUSCRIRE UN CONTRAT D'ASSURANCE DE PERSONNE AYANT POUR OBJET DE PROPOSER DES GARANTIES FORFAITAIRES EN CAS DE DOMMAGE CORPOREL »

**Loisir 1** : 20.00€ (Elle est incluse d'office dans les adhésions et forfaits souscrits au club)

**Loisir 2** : 25.00 € (Supplément de 5.00 €) **Loisir 3** : 42.00 € (Supplément de 22.00 €)

Vous pouvez consulter le site : <http://www.cabinet-lafont.com/> ou nous demander pour le détail des garanties.

**Note d'information** : Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au secrétariat de l'association. En aucun cas, vos coordonnées ne pourront être cédées à des partenaires commerciaux.

## A COMPLETER PAR UN RESPONSABLE ou MONITEUR :

Vu, le certificat médical délivré le ...../...../.....

Par le Docteur.....

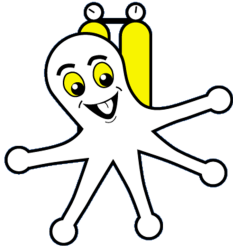
Tampon et signature du moniteur

- Médecin Généraliste
- Médecin Fédéral N° \_\_\_\_\_
- Médecin du sport
- Diplômé de médecine subaquatique
- Diplômé de médecine hyperbare

- Seules les adhésions complètes seront prises en considération pour la délivrance des licences et pour débiter tout stage au club. (Adhésion, Certificat médical, Autorisation de l'image, Photos, Règlement)
- Aucune adhésion et plongée ne seront remboursées après acceptation.
- Le candidat adhérent reconnaît avoir pris connaissance des règlements en vigueur en matière de pêche sous-marine, des statuts et des règlements de la FFESSM, des statuts et du règlement intérieur de l'association, et s'engage à les respecter.
- Le candidat reconnaît avoir reçu les documents relatifs à l'établissement du certificat médical.
- Le candidat reconnaît avoir signé le document relatif aux droits à l'image.
- Je m'engage à participer à la vie associative du club en tant qu'encadrant et/ou en tant que bénévole.
- Je déclare savoir nager sans appréhension et n'avoir aucune phobie relative à l'eau.

« Bon pour acceptation »  
Signature du candidat

Signature de l'association



## Demande d'autorisation d'utilisation de l'image d'une personne

Je soussigné(e) : .....  
(le cas échéant) représentant légal de l'enfant : .....

Adhérent de l'association « Octopus », école et club de plongée à Palavas-les-Flots

Demeurant : .....  
.....  
.....

Autorise

N'autorise pas

L'association « Octopus », école et club de plongée à Palavas-les-Flots, à utiliser et diffuser à titre gratuit, non commercial et non exclusif des photographies me représentant (ou représentant mon enfant), réalisées dans le cadre des activités et de la vie du club.

Les photographies susmentionnées sont susceptibles d'être reproduites sur les supports suivants :

- Diffusion sur la Page Facebook «Octopus-plongée-Palavas» ;
- Diffusion sur le site web intitulé «<http://www.octopus-plongee.asso.fr>» ;
- Publication dans une revue ou journal destinés à promouvoir les activités du club ;
- Projection ou présentation au public lors de manifestations ou animations destinées à la promotion du club (foire aux associations, fête du nautisme, ...)

Cette autorisation, le cas échéant, est consentie durant toute la période de mon adhésion à l'association. En cas de non renouvellement de l'adhésion à l'association, sauf avis contraire de ma part, j'autorise l'association à conserver lesdites photographies sur les supports où elles ont pu être diffusées pendant mon adhésion et à les utiliser à des fins historiques (par exemple, pour retracer l'histoire du club lors de manifestations diverses).

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_.

Signature

## Questionnaire médical préalable à la visite médicale d'absence de contre-indication à la pratique d'activités subaquatiques

Date : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Comment vous sentez vous aujourd'hui ?

Avez-vous eu une perte de poids importante ces derniers mois ?

### Activités physiques et subaquatiques :

Activité(s) subaquatique(s) pratiquée(s) ou en projet de pratique :

Date approximative des débuts de la pratique \_\_\_\_\_

Niveau de pratique : \_\_\_\_\_ nombre de plongées au total : \_\_\_\_\_

Pratique : d'encadrement / d'enseignement :  oui -  non ; de compétition :  oui -  non

Pratique d'autres activités sportives : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures d'activités physiques / sportives pratiquées par semaine : \_\_\_\_\_

Incidents ou accidents au cours de ces activités, y compris en plongée (préciser date et le type d'accident) :

### Habitudes de vie :

Fumez-vous :  oui -  non si oui, nombre de cigarettes /jour : \_\_\_\_\_

Nature du produit fumé : \_\_\_\_\_

Avez-vous fumé :  oui -  non si oui, date d'arrêt : \_\_\_\_\_

Consommation de boissons alcoolisées :  tous les jours : \_\_\_\_\_ verres/j -  occasionnellement -  jamais

Avez-vous été traité pour des problèmes d'alcool ces 5 dernières années ?  oui -  non

Autres toxiques consommés (y compris occasionnellement) :

### Antécédents chirurgicaux / traumatiques :

Avez-vous déjà eu une ou des opération(s) :

cardiaque  oui -  non si oui, date\* et cause :

thoracique  oui -  non si oui, date\* et cause :

sphère ORL  oui -  non si oui, date\* et cause :

ophtalmologique  oui -  non si oui, date\* et cause :

digestive  oui -  non si oui, date\* et cause :

voies urinaires  oui -  non si oui, date\* et cause :

colonne vertébrale  oui -  non si oui, date\* et cause :

cerveau  oui -  non si oui, date\* et cause :

orthopédique  oui -  non si oui, date\* et cause :

autre  oui -  non si oui, date\* et cause :

Autres traumatismes et fractures :

Avez-vous déjà eu un traumatisme crânien :  oui -  non ; si oui, précisez date\* : \_\_\_\_\_

**En dehors des opérations, avez-vous déjà été hospitalisé :**  oui -  non

si oui, précisez date\* et cause :

### Antécédents médicaux :

**Prenez-vous des médicaments** tous les jours ou de façon régulière :  oui -  non

si oui, précisez lesquels :

**Avez-vous des allergies :**  oui -  non ; si oui, à quoi : \_\_\_\_\_

et quel type de manifestations :

**Femmes :** contraception : \_\_\_\_\_ traitement de la ménopause : \_\_\_\_\_

### Dans la famille (vos parents, oncles, tantes, frères et sœur) :

Problèmes cardio vasculaires : \_\_\_\_\_

Autres problèmes de santé particuliers (hémophilie, ...) : \_\_\_\_\_

Mort subite précoce avant 50 ans (y compris nourrisson) : \_\_\_\_\_

\*date approximative

**A l'effort et / ou dans l'eau, avez vous déjà ressenti :**

malaise ou perte de connaissance	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	fatigue inhabituelle	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
douleur thoracique	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	trouble visuel ou impression de "trou noir"	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
palpitations	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	céphalées (maux de tête)	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
essoufflement anormal	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	vomissements ou douleurs abdominales	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
respiration sifflante	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	difficultés de récupération	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non
toux anormale	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non		

**Avez-vous déjà présenté ou présentez-vous :**

Malaise	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Perte de connaissance	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Crise d'épilepsie/ convulsion	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Prenez-vous ou avez-vous pris un traitement médical pour prévenir les convulsions ?	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Cancer	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, type et date* :	
Bronchites >3/an	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Asthme	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Respiration sifflante	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Pneumothorax	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Crachat de sang	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Essoufflement anormal	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Autre pb respiratoire	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, le(s)quel(s) :	
Douleur thoracique	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Hypertension artérielle, traitée ou non	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	si oui, date* :
Infarctus / angine de poitrine	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Palpitations / troubles du rythme	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Notion de souffle cardiaque	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
AVC (attaque cérébrale) / AIT	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Autre problème cardio vasculaire	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, le(s)quel(s) :	
Diabète	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, type et date* :	
Phlébite / embolie	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Maladie du sang (hémophilie, saignements prolongés ou anormaux ...)	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Otites / sinusites >3/an	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Vertige, problème d'équilibre	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Trouble de l'audition	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Autre pb ORL	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, le(s)quel(s) :	
Port de lunettes et/ou lentilles	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, vision :	<input type="checkbox"/> de près - <input type="checkbox"/> de loin
Autre pb ophtalmo	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, le(s)quel(s) :	
Reflux gastro-oesophagien	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Ulcère gastro duodéal	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Autre problème digestif	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, le(s)quel(s) :	
Problèmes récurrents de rachis / de dos	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Anxiété	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Dépression	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Attaque de panique	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, date* :	
Autre affection psychiatrique	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non	si oui, la(es)quelle(s) :	
Grossesse en cours ou envisagée	<input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non		

**Etes-vous suivi / avez-vous été suivi pour des problèmes de santé que je ne vous ai pas demandé :**  oui -  non ; si oui, lesquels :

*Je certifie que ces renseignements sont exacts et prends l'entière responsabilité d'une déclaration incomplète ou erronée*

Date : \_\_\_\_\_ Nom et signature du pratiquant ou du responsable légal si mineur :

\*date approximative



## Article 10 du Règlement médical de la FFESSM : Recommandations pour la délivrance du CACI

### Article 10-1 : La CMPN rappelle aux médecins que :

L'examen médical permettant de délivrer ce certificat d'absence de contre-indication engage la responsabilité du médecin signataire de ce certificat, seul juge de la nécessité d'éventuels examens complémentaires ; il exerce son art suivant les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents.

Le médecin ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose (art R4127-70 du Code de la Santé Publique). La délivrance d'un CACI ne peut être en aucun cas considérée comme une circonstance exceptionnelle.

Le médecin examinateur peut, s'il le juge utile, en fonction des circonstances et de l'état de santé du plongeur, imposer des limitations relatives aux activités fédérales, à la durée, fréquence, profondeur et autres conditions de plongée.

Le certificat médical ne doit jamais être pratiqué à l'improviste, sur le terrain ou dans les vestiaires avant une compétition, le certificat médical de complaisance est donc prohibé (article R.4127-28 du code de la santé publique).

Le contenu et la rigueur de l'examen doivent tenir compte de l'âge, de l'activité subaquatique pratiquée, son intensité et du niveau du pratiquant.

L'arrêté du 24 juillet 2017 rappelle cependant que cet examen doit être complet suivant les recommandations de la Société Française de Médecine de l'Exercice et du Sport avec en outre une attention particulière sur l'examen ORL (tympons, équilibration / perméabilité tubaire, évaluation vestibulaire, acuité auditive) et l'examen dentaire.

### Article 10-2 : La CMPN conseille aux médecins de :

- utiliser le **questionnaire d'aide à la visite médicale et la fiche d'examen médical** établi par la CMPN figurant en annexe III – 1 - 4 du règlement médical et téléchargeable sur le site internet de la commission : [medical.ffessm.fr](http://medical.ffessm.fr)
- utiliser le **modèle de certificat médical** établi par la CMPN figurant en annexe III – 1 - 3 du présent règlement médical
- se référer aux **listes des contre-indications** aux activités subaquatiques figurant en annexe III – 2 – et consultables sur le site internet de la commission : [medical.ffessm.fr](http://medical.ffessm.fr)
- demander une évaluation par un médecin de plongée (fédéral ou subaquatique comme défini plus haut) **en cas de pathologie chronique, de traitement au long cours ou de reprise après un accident de plongée. Des situations à évaluer et conditions de pratiques sont détaillées dans les annexes III - 3**

Article 10-3 : La CMPN conseille aux membres et licenciés : de privilégier, chaque fois que possible, le recours à un médecin fédéral et ce même dans les cas où le CACI peut être délivré par tout médecin.