



QUESTIONNAIRE PRÉALABLE AU BAPTÊME DE PLONGÉE

Date du baptême : Lieu :

Prénom du candidat :

Nom :

Vous pouvez effectuer un baptême de plongée si vous n'avez pas de contre-indication médicale, vous comprenez les consignes simples de l'encadrant et vous pouvez vous exprimer pour lui dire quand ça ne va pas.

Vous devez également pouvoir supporter un masque de plongée, mettre la tête sous l'eau, supporter le contact et la proximité d'autres personnes.

Pour évaluer votre santé, merci de cocher les situations qui vous concernent :

- Je suis souvent malade des oreilles, de la gorge ou des poumons.
- J'ai mal aux oreilles en avion ou quand je vais à la montagne.
- J'ai été opéré des oreilles, des sinus ou du cœur.
- J'ai fait des crises d'épilepsie dans les 5 dernières années.

Aujourd'hui :

- Je suis enrhumé, je tousse ou je suis essoufflé.
- J'ai mal aux oreilles, aux sinus ou aux dents.
- J'ai un traitement pour le diabète, le cœur, ou l'épilepsie.

Si vous n'avez coché aucune case, votre état de santé est compatible avec un baptême de plongée de la FLASSA.

Si vous avez coché une ou plusieurs cases, une visite chez le médecin est **obligatoire** avant le baptême pour confirmer que vous n'avez pas de contre-indication ou préciser à l'encadrant les éventuelles précautions à prendre.

Est-ce que vous avez des besoins spécifiques ?

- Oui – Si OUI, veuillez les préciser au début de la page suivante
- Non



Vos besoins spécifiques relèvent du domaine :

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> physique, resp. de la motricité | <input type="checkbox"/> auditif |
| <input type="checkbox"/> J'ai besoin d'une chaise-roulante. | <input type="checkbox"/> de la vue |
| <input type="checkbox"/> du neurodéveloppement | <input type="checkbox"/> du psychique |

Je tiens à préciser mes besoins spécifiques :

Je certifie l'exactitude de l'ensemble des données recueillies et je signe¹ le questionnaire² :

INFORMATIONS SUR LE PLONGEUR, LA PLONGEUSE

Prénom : Nom de famille :

Date de Naissance : Sexe : Femme Homme Autre

Adresse postale :

Code postal : Ville : Pays:

Téléphone : E-mail :

Le candidat a-t-il la capacité de consentir à un traitement médical en son propre nom ? Oui Non

Signature : Date :

INFORMATIONS DU PARENT / TUTEUR (requis si mineur ou a un tuteur légal) /

Autorisation parentale

Prénom : Nom de famille :

Relation (représentant légal, père, mère, ...) :

Adresse postale :

Code postal : Ville : Pays:

Téléphone : E-mail :

Signature : Date :

CONTACT EN CAS D'ACCIDENT Téléphone :

¹ Si vous vous êtes mineur ou si vous n'êtes pas en capacité motrice ou intellectuelle de signer, demandez à une personne de votre entourage de le faire pour vous sous « Informations du parent / tuteur ».

² Seules les données anonymisées pourront être conservées pour des études scientifiques.