



FORMULAIRE DE RENOUELEMENT D'INSCRIPTION

OCELLARIS Diving Club Haute Senne
École de plongée sous-marine
ANNEE 2025



Cotisation : 130€ à verser sur le compte BE70 0016 9436 9425

DONNEES PERSONELLES

Nom _____ Prénom _____
Date de naissance _____
Adresse _____
Code _____ Villes _____
Tél _____ Gsm _____
Email _____
Personne à prévenir en cas d'accident _____
N° de tél _____ Nom _____

ECRIRE EN LETTRES CAPITALES OU DACTYLOGRAPHIER

☐ J'ai une assurance spécifique plongée

ASSURANCE :

N° POLICE :

NOMBRES DE PLONGÉES TOTAL :

Le participant, Parent (Participant de -18 ans)

Signature:

☐ J'accepte la politique d'utilisation des données RGPD.

☐ J'ai lu le ROI sur le site de l'ODC

ATTESTATION MEDICALE

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de

- | | |
|---|--|
| ⇒ Oui/Non Asthme, respiration difficile lors des exercices ou non ? | ⇒ Oui/Non Prise de drogue ou traitement pour drogue ou abus d'alcool durant les cinq dernières années |
| ⇒ Oui/Non Crises fréquentes ou importantes de rhume des foies ou d'allergies ? | ⇒ Oui/Non Problèmes dorsaux fréquents ? |
| ⇒ Oui/Non Problèmes pulmonaires ? | ⇒ Oui/Non Intervention chirurgicale du dos ou de la colonne vertébrale ? |
| ⇒ Oui/Non Pneumothorax ? | ⇒ Oui/Non Diabète ? |
| ⇒ Oui/Non Autre maladie ou intervention chirurgicale de la cage thoracique ? | ⇒ Oui/Non Problèmes suite à une opération chirurgicale, blessure ou fracture ? |
| ⇒ Oui/Non Claustrophobie ou agoraphobie, problèmes mentaux ou psychologiques (crises de panique, peur des espaces clos ou du vide) ? | ⇒ Oui/Non Hypertension ou prise de médicaments en prévention ? |
| ⇒ Oui/Non Épilepsie, convulsions ou prise de médicaments en prévention ? | ⇒ Oui/Non Problèmes cardiaques ? |
| ⇒ Oui/Non Accident neurologique AVC ? | ⇒ Oui/Non Crise cardiaque ou infarctus du myocarde ? |
| ⇒ Oui/Non Migraines sévères chroniques à répétition ou prise de médicaments en prévention ? | ⇒ Oui/Non Angine de poitrine /intervention chirurgicale du cœur ou des vaisseaux sanguins ? |
| ⇒ Oui/Non Coma, syncope (perte de connaissance complète ou partielle) ? | ⇒ Oui/Non Interventions chirurgicales des sinus ? |
| ⇒ Oui/Non Souffrez-vous régulièrement de mal de transports (voiture, mal de mer, etc) ? | ⇒ Oui/Non Interventions chirurgicales ou maladies des oreilles ? |
| ⇒ Oui/Non Dysenterie ou déshydratation exigeant une intervention médicale ? | ⇒ Oui/Non Perte d'équilibre, surdité ou problèmes d'oreilles ? |
| ⇒ Oui/Non Accident de plongée ou maladie de décompression ? | ⇒ Oui/Non Hémorragies ou troubles sanguins ? |
| ⇒ Oui/Non Incapacité à réaliser des exercices modérés (exemple : promenade de 1,6 km en 12 min) ? | ⇒ Oui/Non Hernies ? |
| ⇒ Oui/Non Blessure à la tête avec perte de connaissance durant les 5 dernières années ? | ⇒ Oui/Non Ulcères ou opération d'ulcères ? |
| | ⇒ Oui/Non Colostomie ou iléon-stomie ? |
| | ⇒ Oui/Non Problèmes Comportementaux ? |
| | ⇒ Oui/Non Avez-vous déjà été victime d'un accident de décompression ? |
| | ↳ Si oui Avez-vous des restrictions à la pratique de la plongée sous-marine ? Oui/Non |
| | ↳ Si oui Quels sont-ils : |

Je déclare sur l'honneur que les informations ci-dessus sont, à ma connaissance, authentiques, complètes et exactes

VISITE MEDICALE SIMPLE

Cette personne s'est inscrite ou désire suivre une activité de plongée en scaphandre autonome (plongée à l'air comprimé). Votre avis est requis pour déterminer des aptitudes physiques du candidat pour cette activité.

IMPRESSION DU MEDECIN

- ☐ Je ne trouve à ce jour, aucun défaut que je puisse considérer comme incompatible avec la plongée. (I can not find any fault that I can consider incompatible with diving.)
- ☐ Je ne peux délivrer de certificat d'aptitude à cette personne. (I can not issue a certificate for this person.)

Nom du médecin :

Signature du médecin

Date :

Cachet du médecin