**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. <https://medical.ffessm.fr/listes-indicatives-de-contre-indications>

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Contre indications définitives | Contre indications temporaires |
| **Cardiologie** | Insuffisance cardiaque symptomatique  Cardiomyopathie obstructive  Pathologie avec risque de syncope  Tachycardie paroxystique  BAV II ou complet non appareillé  Maladie de Rendu-Osler | Cardiopathie congénitale(\*)  Valvulopathies(\*)  Coronaropathies(\*)  Traitement par anti-arythmique(\*)  Traitement par bêta-bloquants par voie générale ou locale(\*)  Shunt droit-gauche(\*)  Hypertension artérielle non contrôlée |
| **Oto-rhino-laryngologie** | Cophose unilatérale  Évidement pétro-mastoïdien  Ossiculoplastie  Trachéostomie  Laryngocèle  Otospongiose opérée  Fracture du rocher  Destruction labyrinthique uni ou bilatérale  Fistule peri-lymphatique  Déficit vestibulaire non compensé | Déficit auditif bilatéral(\*)  Chirurgie otologique  Polypose naso-sinusienne  Difficultés tubo-tympaniques pouvant engendrer un vertige  alterno barique  Crise vertigineuse ou décours immédiat d’une crise  vertigineuse  Tout vertige non étiqueté  Asymétrie vestibulaire supérieure. ou égale à 50%(consolidé  après 6 mois)  Perforation tympanique et aérateurs transtympaniques  Barotraumatismes ou accident de désaturation de l’oreille  interne(\*) |
| **Pneumologie** | Insuffisance respiratoire  Pneumopathie fibrosante  Vascularite pulmonaire  Chirurgie pulmonaire | Asthme(\*)  Pneumothorax spontané ou traumatique(\*)  Pathologie infectieuse  Pleurésie  Traumatisme thoracique |
| **Ophtalmologie** | 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 | Affections aigües du globe ou de ses annexes jusqu’à  guérison  Photokératectomie réfractive et LASIK : 1 mois  Phacoémulsification-trabéculectomie et chirurgie vitrorétinienne: 2 mois  Greffe de cornée : 8 mois  Traitement par béta bloquants par voie locale(\*) |
| **Neurologie** | Pertes de connaissance itératives  Effraction méningée neurochirurgicale, ORL ou traumatique  Incapacité motrice cérébrale | Traumatisme crânien grave(\*)  Maladie de Parkinson, maladie neurodégénérative\*  Sclérose en plaques\*  Accident vasculaire cérébral\*  Paralysie cérébrale\*  Épilepsie |
| **Psychiatrie** | Affection psychiatrique sévère  Éthylisme chronique | Traitement antidépresseur, anxiolytique, par neuroleptique ou  hypnogène  Alcoolisation aiguë, consommation de cannabis ou autres  substances addictives  Trouble Déficitaire de l’Attention avec ou sans Hyperactivité\* Troubles du comportement alimentaire\*  Affections psychiatriques stabilisées\* |
| **Hématologie** | Thrombopénie périphérique, thrombopathies congénitales.  Phlébites à répétition | Trouble de la crase sanguine découvert lors d’un bilan d’une  affection thrombo-embolique  Hémophiles(\*)  Phlébite non explorée |
| **Gynécologie** |  | Grossesse |
| **Métabolisme** | Diabète traité par antidiabétiques oraux hypoglycémiants | Diabète traité par insuline(\*), Diabète traité par biguanides(\*)  Tétanie / Spasmophilie,  Troubles métaboliques 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 oesophagien 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. | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **USOM PLONGÉE**  CSCS - 3, rue Ambroise Croisat  14120 MONDEVILLE   02.31.84.95.75  **FICHE D’INSCRIPTION**  **Années 20**…… **/ 20**…… | PHOTO  (à coller)  Merci ! |

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : COMMUNE :

PROFESSION :

MAIL :

 PERSONNEL :  PORTABLE :

NÉ(E) LE : À :

**ASSURANCE INDIVIDUELLE :**

L’assurance responsabilité civile obligatoire est comprise dans la licence.

Une assurance complémentaire peut être souscrite auprès de Lafont Assurances (<https://ffessm.lafont-assurances.com/>), partenaire de la FFESSM, ou de tout autre assureur.

**EN CAS D’ACCIDENT, PRÉVENIR :**

NOM :

PRÉNOM :

 :

**ALERGIE ASPIRINE** :  OUI  NON AUTRE :

J’autorise la diffusion de ma photographie sur le site du club :  OUI  NON

**Le règlement intérieur est à la disposition des adhérents au local.**

site du club : <https://www.usom-plongee14.fr/>

**FORMATIONS ET DIPLÔMES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Je suis : |  Débutant   Plongeur niveau 1 / PE20   Plongeur niveau 2   Plongeur Autonome PA20   Plongeur Encadré PE40   Plongeur niveau 3   Guide de palanquée   Directeur de plongée   autre : |  Plongeur Nitrox ( confirmé)   RIFAP   TIV (certificat n° )   Enseignant niveau 1 (initiateur)   Enseignant niveau 2 (GP + initiateur)   Enseignant niveau 3 (MF1 ou BEES1)   Enseignant niveau 4 (MF2 ou BEES2)   ANTEOR (Animer l'apprentissage des techniques d'oxygénothérapie – réanimation) |
| Je souhaite passer : |  Plongeur niveau 1 / PE20   Plongeur niveau 2   Plongeur Autonome PA20   Plongeur Encadré PE40   Plongeur niveau 3   Guide de palanquée |  Plongeur Nitrox ( confirmé)   RIFAP (Réaction et Intervention Face à un Accident de Plongée)   TIV (Technicien d’Inspection Visuelle)   Initiateur   autre : |
| Je possède : |  la carte mer   le permis bateau côtier |  le permis bateau hauturier   le certificat de radiotéléphoniste restreint |
| **Eléments financiers** Montant total (inscription et formations) : | | |

**RECAPITULATIF des ÉLÉMENTS du DOSSIER**

**Médical :**

 un Certificat médical d’Absence de Contre-Indication (CACI) à la pratique des activités subaquatiques comprenant la liste des contre-indications à remettre au club (ci-joint)

 un CACI à la pratique des activités subaquatiques comprenant la liste des contre-indications à conserver par le licencié et à présenter à chaque plongée

**Administratif :**

 une photo d’identité collée sur le dossier

 une autorisation parentale pour les mineurs (s’adresser aux secrétaires)

**Paiement :**

 par chèque(s) à l’inscription à l’ordre de USOM Plongée

 par carte bancaire sur le site HelloAsso *(cf. document tarification joint)*

**Autre :**

 Assurance individuelle prise directement auprès de <https://ffessm.lafont-assurances.com/>

**Fait à :** **Le :**

**Signature :**

**Certificat médical d’Absence de Contre-Indication à la pratique des activités subaquatiques**

**Je soussigné(e) Docteur** , Exerçant à ,

Certifie avoir examiné ce jour :

**NOM :**   **PRÉNOM :**   **Né(e) le :**....../....../........

|  |
| --- |
| Vous êtes médecin : 🔾 généraliste 🔾 du sport 🔾 fédéral n°  🔾 diplômé de médecine subaquatique 🔾 autre : |

**et ne pas avoir constaté, sous réserve de l’exactitude de ses déclarations, de contre-indication cliniquement décelable à la pratique :**

|  |  |
| --- | --- |
|  **de l’ensemble des activités subaquatiques de loisir en pratique, encadrement et enseignement (***rayer éventuellement une des trois mentions si nécessaire***)** | |
| **Ou bien seulement** (cocher) : |  Des Activités en Scaphandre Autonome   Des Activités en Apnée   Des Activités de nage avec Accessoires |
|  **de la ou des activité(s) suivante(s) EN COMPÉTITION** (spécifier en toute lettre)**:** | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pour mémoire les particularités suivantes nécessitent un certificat délivré par un médecin fédéral, du sport ou qualifié** (cocher) : | |
|  TRIMIX hypoxique |  APNÉE en PROFONDEUR > 6m en compétition |
|  Pratique HANDISUB |  Reprise de l’activité après accident de plongée |

**Conseil(s) de prévention** s'il existe un ou des facteurs de risque tels que cardiovasculaires ou rachidiens (en particulier pour l’encadrement en plongée subaquatique…) relatif(s) au :  
 risque d'accident de désaturation  risque d'œdème pulmonaire d'immersion  autres restrictions

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de  cochées** *(obligatoire)* : | Pour la pratique HANDISUB se référer au site : <https://handisub.ffessm.fr> |

Les préconisations de la FFESSM relatives à l’examen médical préalable à la pratique des activités subaquatiques fédérales, la liste des contre-indications et les conseils relatifs aux restrictions de pratique sont disponibles sur le site de la Commission Médicale et de Prévention Nationale : <https://medical.ffessm.fr>

**Pour les disciplines à contraintes particulières** (plongée scaphandre et apnée en fosse ou milieu naturel), le CACI est obligatoire annuellement pour tous, majeurs et mineurs **Pour les autres disciplines fédérales non à contraintes particulières,** le CACI est obligatoire annuellement pour les pratiquants âgés de 18 ans et plus (questionnaire de santé pour les mineurs). **En cas de modification de l’état de santé ou d’accident de plongée, la validité de ce certificat est suspendue.  
En cas de pratique compétitive,** l’absence de contre-indication à la pratique   
en compétition de la discipline concernée devra être spécifiée sur le CACI. **Ce certificat est remis en main propre à l’intéressé ou son représentant**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fait à :** | **Signature et cachet :** |
| **Le :** ......../........./........... |