

- | | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Avez-vous eu ou avez vous : | | |
| * des problèmes neurologiques ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| en particulier : - des crises d'épilepsie, traitées ou non ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - des crises de « tétanie » ou de « spasmophilie » ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - un traumatisme crânien avec coma ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * une maladie métabolique ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| en particulier : - une maladie diabétique traitée ou non ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - une maladie endocrinienne ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * une affection tumorale ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * une hernie hiatale ou un reflux gastro-œsophagien ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * une affection des yeux suivante : myopie sévère, anomalie de la cornée, problème de rétine ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * des problèmes dermatologiques chroniques ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Prenez vous un traitement : pour le cœur, pour la tension, pour fluidifier le sang, à visée psychiatrique ou neurologique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Avez-vous déjà bénéficié d'une intervention chirurgicale ou endoscopique : | | |
| - sur le cœur, ou sur le thorax ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - sur l'estomac ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - sur les oreilles ou les sinus ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - intra-crânienne ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - sur les yeux (y compris au laser) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Bénéficiez vous d'une interruption d'activité ou de travail depuis au moins 1 mois suite à une maladie ou à un accident ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Devez-vous bénéficier d'un traitement médical long, d'une intervention chirurgicale ou endoscopique, d'une hospitalisation dans les 6 prochains mois ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(nous vous recommandons de faire soigner vos caries dentaires)

Je certifie avoir lu et compris les questions ci-dessus et pouvoir attester que mes réponses sont exactes. Je reconnais avoir été averti (e) que toute déclaration inexacte engage ma responsabilité et dégage celle du médecin signataire du certificat médical de non contre-indication ainsi que celle des dirigeants de la structure au sein de laquelle je vais pratiquer la plongée sous-marine.

Fait le _____ à _____

signature :
(du parent ou tuteur s'il s'agit d'un mineur)

Avertissement

Attention : vous engagez votre responsabilité en cas de fausse déclaration, et votre signature datée certifie la véracité de la présente déclaration d'état de santé.