

# Attestation sur l'honneur remise à Babou Côté Océan

Nom Prénom :  
Adresse :

Date de naissance:  
Lieu de naissance :  
N° de téléphone :  
E-mail :

Mon hébergement à Hienghène :

N° de téléphone  
en cas d'accident :

## Je sous-signé(e) certifie sur l'honneur être titulaire du brevet de plongée suivant :

Niveau de plongée : Nbre de plongées : Dernière plongée le :

Organisme certificateur : Date d'obtention :

Club (*nom et lieu*) qui a délivré le dernier brevet obtenu :

Je suis titulaire d'une assurance Individuelle Accident pour la plongée :  Oui auprès de :  
 Non. Je suis informé(e) de la possibilité et de l'utilité d'en souscrire une.

## Questionnaire médical :

Je souffre actuellement ou ai souffert des affections suivantes (*cocher les cases qui appellent une réponse affirmative*) :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> troubles caractériels ou névrotiques           | <input type="checkbox"/> vertiges                                     |
| <input type="checkbox"/> crises d'épilepsie                             | <input type="checkbox"/> malformations vasculaires                    |
| <input type="checkbox"/> accident vasculaire cérébral                   | <input type="checkbox"/> broncho-pneumopathie chronique obstructive   |
| <input type="checkbox"/> asthme chronique                               | <input type="checkbox"/> scléroemphysème                              |
| <input type="checkbox"/> pneumothorax                                   | <input type="checkbox"/> tachycardie permanente > à 100               |
| <input type="checkbox"/> hypertension                                   | <input type="checkbox"/> angine de poitrine ou infarctus              |
| <input type="checkbox"/> trouble du rythme cardiaque                    | <input type="checkbox"/> port d'un pace maker                         |
| <input type="checkbox"/> intervention chirurgicale récente              | <input type="checkbox"/> accident de plongée                          |
| <input type="checkbox"/> hernie   | <input type="checkbox"/> colopathie                                   |
| <input type="checkbox"/> décollement rétinien                           | <input type="checkbox"/> glaucome                                     |
| <input type="checkbox"/> forte myopie                                   | <input type="checkbox"/> otites chroniques sèches ou suppurées        |
| <input type="checkbox"/> perforation tympanique                         | <input type="checkbox"/> état infectieux de l'appareil rhino sinusien |
| <input type="checkbox"/> lombo sciatique                                | <input type="checkbox"/> diabète                                      |
| <input type="checkbox"/> traumatisme crânien avec perte de connaissance | <input type="checkbox"/> êtes-vous actuellement enceinte              |

o Si vous souffrez d'une autre affection veuillez l'indiquer :

o Êtes-vous allergique à l'aspirine ou autres (précisez) :

Tout antécédent cardiaque, vasculaire, cérébral, pulmonaire ou autre, même ancien, et toute prise régulière de médicaments, alcool, drogue doivent être **impérativement** signalés. Êtes-vous concerné(e) ?  Oui  Non

Je déclare que les indications ci-dessus sont exactes et que je ne suis atteint à ma connaissance d'aucune des pathologies inscrites sur ce questionnaire médical. Cette liste est indicative et non limitative.

Une seule case cochée impose l'obtention obligatoire d'un certificat pour pratiquer la plongée autonome à l'air dans notre centre. Dans tous les cas, l'autorisation de plongée reste soumise à l'accord du directeur de plongée.

**En conséquence, je reconnais que le centre de plongée a rempli ses obligations en matière de questionnement médical et de recherche de contre indication formelle à la pratique de la plongée subaquatique à l'air, et avoir été informé(e) des risques spécifiques liés à la pratique de la plongée ; je pratique avec consentement.**

Tout matériel perdu ou détérioré sera facturé au tarif affiché, à l'intérieur de l'établissement, à la vue de la clientèle.

**Dès signature de cette attestation le montant des prestations est entièrement dû** (sauf application de nos CGV).

Hienghène le :					
Signature :					

Visa du DP : vu originaux					
Ou pièce d'identité					