

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

remise au centre de plongée LAGOON SAFARIS

Nom Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

N° de téléphone :

E-mail :

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

Niveau :

Organisme certificateur :

Date d'obtention :

Nombre de plongées effectuées :

Date de la dernière plongée :

Je suis informé(e) que ma responsabilité civile est assurée par le centre de plongée.

Je suis informé(e) de la possibilité de souscrire une assurance individuelle accident.

Je suis informé(e) que la présente attestation engage ma responsabilité en cas de fausse déclaration de ma part.

Lifou le :

Signature :

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Je souffre actuellement ou ai souffert des affections suivantes (cocher les cases qui appellent une réponse affirmative) : Une seule case cochée impose l'obtention obligatoire d'un certificat pour pratiquer la plongée autonome à l'air dans notre centre.

troubles caractériels ou névrotiques

crises d'épilepsie

accident vasculaire cérébral

asthme chronique

pneumothorax

hypertension

trouble du rythme cardiaque

intervention chirurgicale récente

hernie

décollement rétinien

forte myopie

perforation tympanique

lombo sciatique

traumatisme crânien avec perte de connaissance

vertiges

malformations vasculaires

broncho-pneumopathie chronique obstructive

scléroemphysème

tachycardie permanente > à 100

angine de poitrine ou infarctus

port d'un pace maker

accident de plongée

colopathie

glaucome

otites chroniques sèches ou suppurées

état infectieux de l'appareil rhino sinusien

diabète

êtes-vous actuellement enceinte

Si aucune case n'est cochée :

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.

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

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

En cas de litige sur cette affection, l'autorisation de plongée est soumise à l'accord du directeur de plongée.

En conséquence, je reconnais que le centre de plongée, LAGOON SAFARIS, 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.

Lifou le :

Signature :

A remplir par le centre de plongée

Vu original ou pièce d'identité N°