



## SAISON 2018 - 2019



NOM : .....

PRENOM : .....

NIVEAU DE PLONGEE : .....

Date certificat médical : .....

Etes-vous allergique à l'Aspirine : oui  non

Le certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique de la Plongée peut être établi par tout médecin. Il est valable 1 an et doit obligatoirement être rédigé sur le modèle de la fédération pour les – de 14 ans (imprimé recto/verso en pièce jointe) et vivement conseillé pour tout le monde. **Vous devez en conserver un double.**

### TARIFS 2018-2019 (cocher les cases concernées)

#### ■ ADHESION + LICENCE AU CLUB :

Tarif Adulte	122 €	<input type="checkbox"/>	
Tarif Enfant + 12 ans et - 16 ans	70 €	<input type="checkbox"/>	(vacances scolaires + 1 dimanche par mois)
Tarif Enfant + 8 ans et - 12 ans	55 €	<input type="checkbox"/>	(vacances scolaires + 1 dimanche par mois)

#### ■ FORMATIONS :

Formation Niveau 1 (carte, carnet, passeport)	30 €	<input type="checkbox"/>
Formation Niveau 2 (carte non comprise)	30 €	<input type="checkbox"/>
Formation Niveau 3 (carte non comprise)	30 €	<input type="checkbox"/>

#### ■ ASSURANCE INDIVIDUELLE LAFONT : (détails sur le site <http://cabinet-lafont.com/>)

Du seul fait de votre licence, vous bénéficiez de la garantie « Responsabilité Civile » qui vous couvre pour les dommages involontaires que vous pourriez causer à autrui. Mais elle ne couvre pas les accidents dont vous pouvez, vous, être victime sans tiers responsable. Nous vous informons et vous conseillons donc de souscrire à une assurance individuelle complémentaire.

Assurance Loisir 1 de base	20 €	<input type="checkbox"/>	Assurance Loisir 1 Top	39 €	<input type="checkbox"/>
Assurance Loisir 2 de base	25 €	<input type="checkbox"/>	Assurance Loisir 2 Top	50 €	<input type="checkbox"/>
Assurance Loisir 3 de base	42 €	<input type="checkbox"/>	Assurance Loisir 3 Top	83 €	<input type="checkbox"/>

Libeller un chèque du montant total (**adhésion + formation + assurance**) au nom de ASPTT Limoges Plongée

**MONTANT GLOBAL DU CHEQUE :** ..... €

Merci de nous indiquer si vous êtes intéressé par les formations suivantes durant cette Saison :

RIFAP     Recyclage RIFAP     Nitrox     Nitrox Confirmé     Initiateur     Gonflage

En signant cette fiche, vous déclarez avoir également pris connaissance du **Règlement Intérieur** de la Section disponible sur notre site internet : [http://plongee-asptt-limoges.fr/images/club/reglement\\_interieur.pdf](http://plongee-asptt-limoges.fr/images/club/reglement_interieur.pdf)

DATE :

SIGNATURE :

PAGE BLANCHE  
POUR IMPRESSION  
RECTO/VERSO

**BULLETIN D'ADHESION INDIVIDUEL**  
**SAISON 2018-19 ou 2019**

**Tout dossier incomplet ne sera pas pris en charge**

Section : PLONGEE

Réservé à la Section : \_\_\_\_\_ Date d'arrivée du bulletin d'adhésion : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

**ADHERENT**

M.  Mme

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : ..... Né(e) le : ..... / ..... / ..... à .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Email (licence) : .....

Tél. domicile : ..... Tél. portable : .....

**La Poste – Identifiant RH** .....  
 (Postiers et ayants droits)

**Fonction Publique ou assimilé**  
 (Personnes travaillant également en entreprise publique ou association)

Je suis adhérent(e) d'une autre section (si oui, précisez laquelle) : .....

**CERTIFICAT MEDICAL**

**Renouvellement Adhérent** (même discipline)

Si le certificat médical a été remis lors de la saison 2016-17 ou 2017-18, et que vous répondez au questionnaire de santé (\*):

**Situation 1** : négativement à toutes les questions

=> Pas de certificat médical

=> Cocher la case « Attestation questionnaire médicale »

**Situation 2** : positivement à une question

=> Obligation de certificat médical

**Nouvel Adhérent**

=> Obligation de Certificat médical

**ATTESTATION QUESTIONNAIRE MEDICALE (à remplir par le licencié/représentant légal)**

J'atteste par la précédente avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions relatives au questionnaire de santé et je reconnais avoir pris connaissance que toute réponse positive entrainera obligatoirement la production d'un nouveau certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport et/ou de cette discipline.

**CERTIFICAT MEDICAL en compétition ou loisir (à remplir par le médecin)**

Si le certificat médical est déjà sur la demande de licence de votre fédération, merci de préciser les informations suivantes :

Date : ..... / ..... / ..... Nom du médecin : ..... N° du médecin : .....

Sinon, remplir ci-dessous :

**CERTIFICAT OBLIGATOIRE**

Je soussigné(e), Docteur en Médecine, .....

certifie avoir examiné ce M / Mme .....

Né(e) ....., et n'avoir pas constaté des signes apparents contre-indiquant la pratique des sports suivants :

Fait à .....

Signature et cachet du médecin :

Le .....

(\*) sauf sports à risques ou cas particulier : obligation de fournir un certificat médical chaque année.

## ACCORD DE LICENCE

### INFORMATIQUE ET LIBERTES :

« La loi informatique et liberté N°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en août 2004, s'applique aux réponses faites à ce questionnaire. Toutes les informations de ce document font l'objet d'un traitement informatique et le licencié dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès du Secrétaire Général de l'ASPTT. Ces coordonnées pourront être cédées à des partenaires commerciaux avec faculté pour le licencié de s'opposer à leurs divulgations.

### CESSION DU DROIT A L'IMAGE :

Je ne souhaite pas que les photos, les prises de vue et interviews réalisés dans le cadre de ma participation aux manifestations soient publiés et diffusés à la radio, à la télévision, dans la presse écrite, dans les livres ou sur le site internet par des moyens de reproduction photomécaniques (films, cassettes vidéo, etc.) sans avoir le droit à une compensation.

Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part de la FSASPTT / ASPTT Limoges.  
 Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part des partenaires de la FSASPTT.

### AMENDE :

Je m'engage à m'acquitter de toutes sanctions et pénalités financières qui me seraient infligées dans le cadre de ma pratique par tout organisme habilité (fédération, ligues, comités, propriétaire de locaux...)

### PAIEMENT :

Les licences et cotisations versées à l'association sont définitivement acquises. Il ne saurait être exigé un remboursement de cotisation en cours d'année en cas de maladie, blessure, démission ou d'exclusion d'un membre.

## AUTORISATION PARENTALE (Mineurs)

Je, soussigné(e) M ou Mme,

représentant légal de :

certifie lui donner l'autorisation de :

- se licencier à la FSASPTT et d'adhérer à l'ASPTT pour toutes les activités,
- prendre place dans un véhicule de l'association, ou une voiture particulière, afin d'effectuer les déplacements nécessités par les compétitions sportives officielles, amicales ou de loisirs au cours de la saison.

J'autorise les responsables à faire procéder à toute intervention médicale d'urgence.

La personne à contacter en cas d'accident est :

Numéro(s) de tél. : .....

## ASSURANCE - LICENCE PREMIUM

**Le montant de l'assurance est compris dans la cotisation de l'adhérent, licencié PREMIUM.** Pour les pratiques sportives non PREMIUM, voir avec la Fédération délégataire.

L'assurance permet à son titulaire de bénéficier des assurances Responsabilité civile, Assistance et Dommages corporels souscrites par la FSASPTT. L'assurance « dommages corporels » est facultative mais la FSASPTT vous informe que les risques encourus lors de la pratique d'une activité sportive peuvent donner lieu à des accidents sur lesquels il convient de s'assurer par le biais d'une assurance dommages corporels.

Notice d'assurances disponible sur le site internet [www.limoges.asptt.com](http://www.limoges.asptt.com)

Je soussigné(e) ..... accepte de souscrire à l'assurance Dommages Corporels et reconnais avoir pris connaissance :

- de la notice d'assurance m'informant du résumé des garanties incluses dans le contrat d'assurance et adhérer au contrat national proposée par la FSASPTT (notice aussi disponible sur le site [www.asptt.com](http://www.asptt.com))

- des statuts et règlement intérieur (disponible au secrétariat de l'association)

Je suis satisfait à la visite médicale OBLIGATOIRE m'autorisant à pratiquer le ou les sports considérés.

Il est rappelé qu'en cas de refus d'adhésion aux garanties proposées par une autre fédération, l'assureur de la FSASPTT ne prendra pas en charge les risques refusés, et par conséquent refusera le dossier de sinistre.

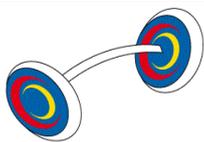
OU

Je soussigné(e) ..... refuse de souscrire à l'assurance Dommages Corporels et :

- reconnaît avoir été informé des risques encourus lors de la pratique d'une activité sportive pouvant porter atteinte à son intégrité physique.

- devra envoyer une lettre recommandée avec accusé de réception à : FSASPTT - 5, rue Maurice Grandcoing - 94200 IVRY SUR SEINE.

**A réception de la lettre recommandée, la FSASPTT remboursera 1.84 € de la licence prise.**



**Avantage Licencié : Profitez de la salle de musculation – Remise en forme au prix de 80€ au lieu de 250 €** (valable du 01/08/2018 au 31/07/2019, uniquement en loisir)

Règlement reçu le..... par :  Chèque Bancaire  Espèces  Autres (CAF -, ANCV...)

Renseignements : 05.55.38.12.24 - Lieu : Complexe de Buxerolles, rue Faraday, 87280 Limoges

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations portées ci-dessus et m'engage à respecter les statuts et le règlement de l'ASPTT Limoges.

A ....., le .....

Signature (du demandeur ou représentant légal) :

A.S. ASPTT LIMOGES

Siège social : 11 rue la Bruyère – 87100 Limoges

Tél. : 05 55 79 00 88 – FAX : 05 55 79 19 30

SITE INTERNET : [www.limoges.asptt.com](http://www.limoges.asptt.com)

COURRIEL : [limoges@asptt.com](mailto:limoges@asptt.com)



**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.

	<b>Contre indications définitives</b>	<b>Contre indications temporaires</b>
<b>Cardiologie</b>	Cardiopathie congénitale Insuffisance cardiaque symptomatique Cardiomyopathie obstructive Pathologie avec risque de syncope Tachycardie paroxystique BAV II ou complet non appareillés Maladie de Rendu-Osler Valvulopathies(*)	Hypertension artérielle non contrôlée Coronaropathies : à évaluer(*) Péricardite Traitement par anti-arythmique :à évaluer(*) Traitement par bêta-bloquants par voie générale ou locale: à évaluer (*) Shunt D G découvert après accident de décompression à symptomatologie cérébrale ou cochléo-vestibulaire(*)
<b>Oto-rhino-laryngologie</b>	Cophose unilatérale Évidement pétromastoïdien Ossiculoplastie Trachéostomie Laryngocèle Déficit audio. bilatéral à évaluer (*) Otospongiose opérée Fracture du rocher Destruction labyrinthique uni ou bilatérale Fistule peri-lymphatique Déficit vestibulaire non compensé	Chirurgie otologique Épisode infectieux Polypose nasosinusienne Difficultés tubo-tympaniques pouvant engendrer un vertige alterno-barique Crise vertigineuse ou au décours immédiat d'une crise Tout vertige non étiqueté Asymétrie vestibulaire sup. ou égale à 50%(6mois) Perforation tympanique(et aérateurs trans-tympaniques) Barotraumatismes de l'oreille interne ADD labyrinthique +shunt D-G :à évaluer(*)
<b>Pneumologie</b>	Insuffisance respiratoire Pneumopathie fibrosante Vascularite pulmonaire Asthme :à évaluer (*) Pneumothorax spontané ou maladie bulleuse, même opéré : à évaluer(*) Chirurgie pulmonaire	Pathologie infectieuse Pleurésie Traumatisme thoracique
<b>Ophthalmologie</b>	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 Pour les N3, N4 , et encadrants : vision binoculaire avec correction<5/10 ou si un œil<1/10,l'autre <6/10	Affections aiguës du globe ou de ses annexes jusqu'à guérison Photokératectomie réfractive et LASIK : 1 mois Phacoémulsification-trabéculéctomie et chirurgie vitro-rétinienne : 2 mois Grefte de cornée : 8 mois Traitement par bêta bloquants par voie locale : à évaluer(*)
<b>Neurologie</b>	Épilepsie Syndrome déficitaire sévère Pertes de connaissance itératives Effraction méningée neurochirurgicale, ORL ou traumatique Incapacité motrice cérébrale	Traumatisme crânien grave à évaluer
<b>Psychiatrie</b>	Affection psychiatrique sévère Éthylisme chronique	Traitement antidépresseur, anxiolytique, par neuroleptique ou hypnogène Alcoolisation aiguë
<b>Hématologie</b>	Thrombopénie périphérique, thrombopathies congénitales. Phlébites à répétition, troubles de la crase sanguine découverts lors du bilan d'une phlébite. Hémophiles : à évaluer (*)	Phlébite non explorée
<b>Gynécologie</b>		Grossesse
<b>Métabolisme</b>	Diabète traité par insuline : à évaluer (*) Diabète traité par antidiabétiques oraux (hormis biguanides)	Tétanie / Spasmophilie
<b>Dermatologie</b>	Troubles métaboliques ou endocriniens sévères Différentes affections peuvent entraîner des contre-indications temporaires ou définitives selon leur intensité ou leur retentissement pulmonaire, neurologique ou vasculaire	
<b>Gastro-Entérologie</b>	Manchon anti-reflux	Hernie hiatale ou reflux gastro-œsophagien à évaluer
<b>Toute prise de médicament ou de substance susceptible de modifier le comportement peut être une cause de contre-indication</b> La survenue d'une maladie de cette liste nécessite un nouvel examen		
<b>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</b>		
<b>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.</b>		