



SAISON 2023 - 2024



NOM : PRENOM :

Niveau de Plongée : Date certificat médical :

Suivez-vous un traitement de moyenne ou longue durée : oui ☐ non ☐

Si oui, il est IMPERATIF d'en parler avec le médecin qui établit votre certificat médical (CACI) pour la plongée.

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 et vivement conseillé pour tout le monde. **Vous devez en conserver un double.**

TARIFS 2023-2024 (cocher les cases concernées)

■ ADHESION + LICENCE AU CLUB :

Tarif Adulte (17 ans et +)	160 €	☐	
Tarif Jeune 10 ans à 16 ans inclus	100 €	☐	(vacances scolaires + 1 dimanche par mois)
Tarif Apnée	130 €	☐	(créneau codep du mercredi uniquement)

■ FORMATIONS :

Formation Niveau 1 (carte non comprise)	40 €	☐
Formation Niveau 2 (carte non comprise)	45 €	☐
Formation Niveau 3 (carte non comprise)	50 €	☐

■ ASSURANCE INDIVIDUELLE :

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 conseillons donc de souscrire à une assurance individuelle complémentaire de votre choix. Ci-dessous la proposition de l'assurance Lafont proposée par la FFESSM (détails sur <https://www.ffessm.lafont-assurances.com/>).

Assurance Loisir 1 de base	22 €	☐	Assurance Loisir 1 Top	42,50 €	☐
Assurance Loisir 2 de base	27 €	☐	Assurance Loisir 2 Top	53,75 €	☐
Assurance Loisir 3 de base	45,50 €	☐	Assurance Loisir 3 Top	88,75 €	☐

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

- En signant cette fiche, vous acceptez que l'association Ethik Plongée 87 participe à l'organisation des sorties plongée

DATE :

SIGNATURE :

PAGE BLANCHE
POUR IMPRESSION
RECTO/VERSO

BULLETIN D'ADHÉSION

2023 - 2024

Section : **PLONGEE**

Date d'arrivée : _____

N° : _____

Par : _____

ACTIVITÉ

- | | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|------------------------------------|---|--------------------------------------|
| ☐ Aquagym | ☐ Cyclotourisme | ☐ Gym/Fitness | ☐ Judo | ☐ Natation | ☐ Tennis |
| ☐ Badminton | ☐ Football/Futsal | ☐ Handi Futsal | ☐ Karaté | ☐ Pétanque | ☐ Water-Polo |
| ☐ Basket-Ball | ☐ Force athlétique | ☐ Hockey-sur-gazon | ☐ Kidisport | ☒ Plongée | ☐ Sport Santé |
| ☐ Bowling | ☐ Golf | ☐ Hockey-sur-glace | ☐ Lutte | ☐ Showdown | |

Si seconde activité, réduction de 25€ sur la deuxième adhésion : _____

IDENTITÉ DE L'ADHÉRENT

Cadre réservé à l'adhérent

Ecole de sport => sac à dos ASPTT offert ☐ Création

☐ Renouvellement

A REMPLIR EN MAJUSCULE !

Nom : _____ Prénom : _____

Genre : ☐ Homme / Femme ☐ Date naissance : _____ Lieu de naissance (dep) : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

E-mail : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

Profession : _____ Fonction publique ? ☐ Oui ☐ Non

☐ La Poste / Identifiant RH : _____ Taille tee-shirt : ☐ XS ☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL ☐ XXL

CERTIFICAT MÉDICAL

Cadre réservé au médecin

*Le certificat médical n'est plus obligatoire pour les mineurs !

MAJEUR : NOUVEL ADHÉRENT OU CHANGEMENT DE DISCIPLINE —> OBLIGATION DU CERTIFICAT MÉDICAL

Renouvellement Adhérent (même discipline) : si le certificat date de moins de 3 ans, répondre au questionnaire de santé (en annexe) :

Situation 1 : réponse négative au questionnaire = Pas de certificat médical (cocher la case "Attestation Questionnaire Santé")

Situation 2 : réponse positive au questionnaire = Obligation du certificat médical !

J'atteste avoir répondu par la négative à l'ensemble du questionnaire de santé et je reconnais avoir pris connaissance que toute réponse positive entraîne l'obligation d'un nouveau certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport et/ou de compétition.

☐ ATTESTATION QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Certificat médical du (date): _____ Si un certificat au club, il y a moins de 3 ans :

☐ **Personne majeure** : Questionnaire de santé

☐ **Personne mineure** : Questionnaire de santé

Si le certificat médical est déjà sur la demande de licence, fournir les informations suivantes ou d'en joindre une copie :

DATE : _____

N° du médecin : _____

Sinon faire remplir par le médecin :

Je soussigné(e), Docteur en Médecine, _____ certifie avoir examiné, ce jour, M/Mme _____ né(e) le _____, et n'avoir pas constaté de signes apparents contre-indiquant la pratique des sports suivants :

Fait à _____

Signature et cachet du médecin :

Le _____

**CERTIFICAT
MEDICAL
OBLIGATOIRE
POUR LA
PLONGEE**

BULLETIN D'ADHÉSION

2023 - 2024

CADRE RÉSERVÉ À LA SECTION

N° Licence Délégitaire :

☐ Bénévole

☐ Loisir

☐ Compétition

CONTRÔLE DE L'HONORABILITÉ

Obligatoire si fonctions exercées ci-dessous

J'atteste exercer la ou les fonctions de :

☐ Encadrant ☐ Dirigeant ☐ Arbitre ☐ Maître-nageur

La licence que je sollicite me permet d'accéder aux fonctions d'éducateur sportif au sens des articles L.212-1 et L.322-1 du Code du Sport. A ce titre, les éléments constitutifs de mon identité seront transmis par la Fédération aux services de l'Etat afin qu'un contrôle automatisé de mon honorabilité au sens de l'article L.212-9 du Code du Sport soit effectué.

☐ J'ai compris et j'accepte ce contrôle

☐ Je renonce à mes fonctions

Je renseigne les données nécessaires au contrôle de mon honorabilité :

Nom et prénom de naissance (si différent de l'usage):

Lieu de naissance :

Né en France : Département : Commune :

Né à l'étranger : Pays : Ville :

Si né à l'étranger :

Nom de la mère : Nom du père :

Prénom de la mère : Prénom du père :

*: toutes les mentions sont obligatoires

MINEUR

A REMPLIR EN MAJUSCULE !

PÈRE

Nom :

Prénom :

Téléphone portable :

E-mail :

Profession :

MÈRE

Nom :

Prénom :

Téléphone portable :

E-mail :

Profession :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) M. ou Mme, _____

Représentant légal de : _____ certifie lui donner autorisation pour :

- ☐ Se licencier à la FSASPTT et adhérer à l'ASPTT Limoges pour toutes les activités ;
- ☐ Prendre place dans un véhicule de l'association, ou une voiture particulière, afin d'effectuer les déplacements nécessaires pour 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 : _____

Téléphone portable : _____ E-mail : _____

ASSURANCES

L'établissement d'une **Licence ASPTT PREMIUM** permet à son titulaire de bénéficier des assurances « Responsabilité civile », « Assistance aux personnes » et « Dommages corporels » souscrites par la FSASPTT. Les assurances « Dommages corporels » et « Assistance aux personnes » sont facultatives 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 » ou « Assistance aux personnes ».

Si vous ne souhaitez pas l'assurance « Dommages corporels » et/ou l'assurance « Assistance aux personnes », le montant de ces dernières sera déduit. Vous avez également la faculté de souscrire des garanties individuelles complémentaires si celles proposées ne conviennent pas à votre pratique.

REFUS D'ASSURANCE « DOMMAGES CORPORELS » ET/OU « ASSISTANCE AUX PERSONNES »

En cas de refus de souscription de l'assurance « Dommages corporels » et/ou de l'assurance « Assistance aux personnes », le club doit s'assurer que le bénéficiaire a bien pris connaissance des informations figurant sur la notice d'information à conserver par le licencié et qu'il prend sa décision en toute connaissance de cause.

Je soussigné(é) _____ reconnais avoir pris connaissance :

- ☐ Du document d'information sur le produit d'assurance m'informant du résumé des garanties incluses dans le contrat d'assurance et adhérer au contrat national proposé par la FSASPTT (notice aussi disponible sur le site www.asptt.com)
- ☐ Des statuts et règlements (disponibles au secrétariat de l'association)

Je reconnais avoir été informé des risques encourus lors de la pratique d'une activité sportive pouvant porter atteinte à l'intégrité physique et :

Je ne souhaite pas souscrire : ☐ d'assurance « Dommages Corporels » 1,60€ ☐ d'assurance « Assistance aux Personnes » 0.23€

AMENDES

Je m'engage à m'acquitter de toutes sanctions et pénalités financières qui me seraient infligées ou infligées à mon enfant mineur dans le cadre de la pratique par tout organisme habilité (fédérations, ligues, comités, propriétaire des locaux...).

J'atteste avoir conscience que le coût de ces amendes et sanctions, ainsi que les frais de dossier, de commission, de correspondance et de déplacement qui en découlent et qui sont liés aux sanctions sportives ou administratives sont à la charge du licencié incriminé et doivent être remboursées à la section sous quinze jours.

BULLETIN D'ADHÉSION

2023 - 2024

PROTECTION DES DONNÉES

Les données personnelles recueillies, propriété de la FSASPTT, font l'objet d'un traitement informatique par la FSASPTT aux fins de traitement des demandes et de gestion des licenciés. Elles sont destinées aux Clubs, Comités Régionaux et à la FSASPTT. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » et au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD), le demandeur bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui le concernent.

Il peut exercer ces droits en s'adressant à la FSASPTT via l'adresse mail rgpd@asptt.com ou par courrier postal à l'adresse suivante : FSASPTT, Délégué à la Protection des Données (DPO), 5 rue Maurice Grandcoing, 94200 IVRY-SUR-SEINE.

- ☐ Je ne souhaite pas que les photos, les vidéos et interviews réalisées dans le cadre de ma participation aux manifestations soient publiées et diffusées à la radio, à la télévision, dans la presse écrite, dans les livres ou sur le site Internet par des moyens de reproduction photomécaniques (droit image).
- ☐ Je ne souhaite pas recevoir les informations de mon club ASPTT LIMOGES
- ☐ Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part de la FSASPTT.
- ☐ Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part des partenaires de la FSASPTT.

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 démission, exclusion, ou tout autre cas de force majeure.

AVANTAGE LICENCIÉS

Profitez de la salle de sport - musculation

- ☐ Je souhaite profiter de l'avantage licencié

Règlement reçu le : _____ ☐ Chèque bancaire ☐ Espèces ☐ Autres (CAF, ANCV...)

Renseignements : 06.03.41.56.75 - Complexe de Buxerolles, Rue Faraday, 87280 Limoges

90€
AU LIEU DE 175€

ASPTT LIMOGES
MUSCULATION
CLUB OMNISPORTS
cultivons vos envies



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

Signature (du demandeur ou du représentant légal)

Fait à : _____ Le : _____



ASPTT LIMOGES

HORAIRES D'OUVERTURE DU SIÈGE :

Du lundi au vendredi : 9h00-12h30 / 14h00-17h30
Fermé le mercredi matin

45 rue Chantelaue, 87000 Limoges
05.87.41.56.25
www.limoges.asptt.com
limoges@asptt.com



ASPTT Limoges
Club Omnisports



@limogesasptt

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

Je soussigné(e) Docteur,

Exerçant à,

Rayez la mention inutile*

médecin,	généraliste*	du sport*	fédéral* n° :
	diplômé de médecine subaquatique*		autre* :

Certifie avoir examiné ce jour :

NOM :

Né(e) le :

Prénom :

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 EN LOISIR**

Ou bien seulement (cocher) :

- ☐ DES ACTIVITÉS DE PLONGÉE 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 :

- TRIMIX Hypoxique
- APNÉE en PROFONDEUR > 6 mètres en compétition
- Pratique HANDISUB
- Reprise de l'activité après accident de plongée

NOMBRE DE ☐ COCHÉE(S) (obligatoire) :

Remarque(s) et restriction(s) éventuelle(s) (en particulier pour l'encadrement en plongée subaquatique...) :

Un certificat est exigible toutes les 3 saisons (si renouvellement sans discontinuité de la licence) pour les disciplines : Nage avec Palmes, Nage en Eau Vive, Tir sur Cible, Hockey Subaquatique, Apnée jusqu'à 6 mètres. Pratique de l'activité jusqu'à expiration de la licence. **Un certificat est exigible tous les ans** pour la pratique de la Plongée Subaquatique (Plongée en Scaphandre en tous lieux et en Apnée au-delà de 6 mètres).

Sauf en cas de modification de l'état de santé ou d'accident de plongée, qui suspend la validité de ce certificat.

Il est remis en main propre à l'intéressé ou son représentant légal.

Pour consulter la liste des contre-indications à la pratique des activités subaquatiques fédérales et les préconisations de la FFESSM relatives à l'examen médical, disponibles sur le site de la Commission Médicale et de Prévention Nationale : <http://medical.ffessm.fr>

Fait à :

Signature et cachet :

date :

CONTRE-INDICATIONS À LA PLONGÉE 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.

	Contre-indications définitives	Contre-indications temporaires ou à évaluer*
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* Coronaropathie* Traitement par anti arythmique* Traitement par bêta bloquant (voie générale ou voie locale)* Shunt droit-gauche* Hypertension artérielle non contrôlée
Oto-Rhino-Laryngologie	Cophose unilatérale Evidement pétro-mastoidien Ossiculoplastie Trachéostomie Laryngocèle Otospongiose opérée Fracture du rocher Destruction labyrinthique uni ou bilatérale Fistule péri-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 > ou = à 50% (consolidé après 6 mois) Perforation tympanique et aérateurs trans-tympaniques Barotraumatisme ou accident de désaturation de l'oreille interne*
Pneumologie	Insuffisance respiratoire Pneumopathie fibrosante Vascularite pulmonaire Chirurgie pulmonaire Maladie bulleuse	Asthme* Pneumothorax spontané ou traumatique* Pathologie infectieuse Pleurésie Traumatisme thoracique
Ophtalmologie	Pathologie vasculaire de la rétine, de la choroïde ou de la papille, non stabilisée, susceptible 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 ; 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 Greffe de cornée : 8 mois Traitement par betabloquant par voie locale*
Neurologie	Épilepsie Syndrome déficitaire sévère Pertes de connaissance itératives Effraction méningée neurochirurgicale, ORL ou traumatique Incapacité motrice cérébrale	Traumatisme crânien grave*
Psychiatrie	Affection psychiatrique sévère Éthylisme chronique	Traitement anti-dépresseur, anxiolytique, par neuroleptique ou hypnogène Alcoolisation aiguë
Hématologie	Thrombopénie périphérique, thrombopathie congénitale Phlébites à répétition	Trouble de la crase sanguine découvert lors d'un bilan d'une affection thrombo-embolique Hémophilie* Phlébite non explorée
Gynécologie		Grossesse
Métabolisme	Diabète traité par antidiabétiques oraux hypoglycémisants	Diabète traité par insuline* Diabète traité par biquanides* 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 cardio vasculaire	
Gastro-entérologie	Manchon anti-reflux	Hernie hiatale ou reflux gastro œsophagien 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 médical.		