



# SAISON 2019 - 2020



NOM : ..... PRENOM : .....

Niveau de Plongée : ..... Date certificat médical : .....

Etes-vous allergique à l'Aspirine : oui  non

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 2019-2020 (cocher les cases concernées)

### ■ ADHESION + LICENCE AU CLUB :

Tarif Adulte (16 ans et +)	130 €	<input type="checkbox"/>	
Tarif Enfant + 12 ans et - 16 ans	75 €	<input type="checkbox"/>	(vacances scolaires + 1 dimanche par mois)
Tarif Enfant + 8 ans et - 12 ans	60 €	<input type="checkbox"/>	(vacances scolaires + 1 dimanche par mois)

### ■ FORMATIONS :

Formation Niveau 1 (carte non comprise)	30 €	<input type="checkbox"/>
Formation Niveau 2 (carte non comprise)	35 €	<input type="checkbox"/>
Formation Niveau 3 (carte non comprise)	40 €	<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

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

Section : **PLONGEE**

Réservé à la Section :

Date d'arrivée du bulletin d'adhésion : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_

**ADHERENT**

Civilité : 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**

**Nouvel Adhérent Ou changement de discipline**

**Renouvellement Adhérent (même discipline)**

Si le certificat médical a moins de 3 ans, répondre au questionnaire de santé (\*):

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

**Situation 2** : positivement à une question

=> Pas de certificat médical

=> Obligation de certificat médical

=> Cocher la case « Attestation questionnaire médicale »

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

=> Obligation de Certificat médical

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 entraînera obligatoirement la production d'un nouveau certificat médical de non-contre-indication à la pratique du sport et/ou de cette discipline.

**CERTIFICAT**

**CERTIFICAT TYPE FFESSM**

**e médecin)**

Si le certificat médical est déjà sur la demande

ions suivantes :

Date : ..... / ..... / ..... Nom du méde

**OBLIGATOIRE**

**Sinon, remplir ci-dessous :**

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 :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la Fédération Sportive des ASPTT pour l'établissement des licences et adhésions sportives chaque saison. Conformément à la loi « Informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier, en nous contactant. Ces données pourront être cédées à des partenaires commerciaux avec faculté au licencié de s'opposer à leurs divulgations.

### 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...)

### 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 internet 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.

### 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. : .....

Email : .....

## LICENCE PREMIUM

**Le montant de cette licence (avec assurance) est compris dans la cotisation de l'adhérent dans le cas d'une pratique uniquement LOISIR.**

**Pour les pratiques sportives de compétition, cette licence peut être ajoutée, si vous le souhaitez, à la cotisation pour un montant de 19 €.**

En prenant cette Licence PREMIUM :

- ✓ Vous contribuez au développement de nos projets solidaires dont le dispositif AUTISME qui doit permettre à une enfant autiste de faire du sport en France en 2020.
- ✓ Vous avez accès au CLUB PREMIUM : 180 000 avantages et réductions tout au long de l'année !

## ASSURANCE

Licence PREMIUM ou EVENEMENTIELLE

L'assurance permet à son titulaire de bénéficier des assurances Responsabilité civile, Assistance et Dommages corporels souscrites par la FSASPTT (1,84€ ou 0.35€). 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. **Cochez la case de votre choix :**

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

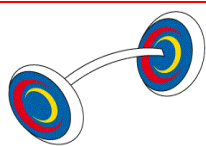
- de la notice d'assurance m'informant du résumé des garanties incluses dans le contrat d'assurance et adhérer au contrat national proposée par la FSASPTT (notice aussi disponible sur le site [www.asptt.com](http://www.asptt.com))
- des statuts et règlement intérieur (disponible au secrétariat de l'association)

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.

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.
- le montant de l'option Dommages corporels en fonction du type de licence sera déduit du paiement (1,84) ou 0.35€).



**Avantage Licencié : Profitez de la salle de musculation – Remise en forme au prix de 80€ au lieu de 250 €** (valable du 01/08/2019 au 31/07/2020, 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) :**

### Cadre réservé à la Section (Répartition de la cotisation)

TOTAL	Fédération délégataire (Ligue/Comité)	Fédération Sportive des ASPTT	ASPTT Limoges Omnisports	Section	
.....	.....	<input checked="" type="checkbox"/> Droit d'adhésion 3 € <input type="checkbox"/> Licence PREMIUM 19€	16 €	.....	<input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Espèces <input type="checkbox"/> ANCV <input type="checkbox"/> Autres

**A.S. ASPTT LIMOGES**

Siège social : 11 rue la Bruyère - 87100 Limoges  
Tél. : 05 55 79 00 88

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

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

Je soussigné(e) Docteur, Exerçant à,

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) :

**avec un certificat nécessitant un médecin fédéral, du sport ou qualifié** (cocher) :

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.*

	<b>Contre-indications définitives</b>	<b>Contre-indications temporaires ou à évaluer*</b>
<b>Cardiologie</b>	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
<b>Oto-Rhino-Laryngologie</b>	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*
<b>Pneumologie</b>	Insuffisance respiratoire Pneumopathie fibrosante Vascularite pulmonaire Chirurgie pulmonaire Maladie bulleuse	Asthme* Pneumothorax spontané ou traumatique* Pathologie infectieuse Pleurésie Traumatisme thoracique
<b>Ophthalmologie</b>	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 Greffes de cornée : 8 mois Traitement par betabloquant par voie locale*
<b>Neurologie</b>	Épilepsie Syndrome déficitaire sévère Pertes de connaissance itératives Effraction méningée neurochirurgicale, ORL ou traumatique Incapacité motrice cérébrale	Traumatisme crânien grave*
<b>Psychiatrie</b>	Affection psychiatrique sévère Éthylisme chronique	Traitement anti-dépresseur, anxiolytique, par neuroleptique ou hypnogène Alcoolisation aiguë
<b>Hématologie</b>	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
<b>Gynécologie</b>		Grossesse
<b>Métabolisme</b>	Diabète traité par antidiabétiques oraux hypoglycémisants	Diabète traité par insuline* Diabète traité par biquanides* Tétanie/spasmophilie Troubles métaboliques ou endocriniens sévères
<b>Dermatologie</b>	Différentes affections peuvent entraîner des contre-indications temporaires ou définitives, selon leur intensité ou leur retentissement pulmonaire, neurologique ou cardio 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>		
<b>La survenue d'une maladie de cette liste nécessite un nouvel examen.</b>		
<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 médical.</b>		