

NOM : .....

PRENOM : .....

Niveau de Plongée : .....

Date certificat médical : .....

N° de Licence : .....

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 2025-2026 (cocher les cases concernées)

### ■ ADHESION + LICENCE AU CLUB :

Tarif Adulte (17 ans et +) 168 € Tarif Apnée 100 €  (créneau codep du mercredi uniquement)

### ■ FORMATIONS :

Formation Niveau 1 (carte non comprise) 45 € Formation Niveau 2 (carte non comprise) 50€ Formation Niveau 3 (carte non comprise) 55 € 

### ■ 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 24,50 € Assurance Loisir 1 Top 46,35 € Assurance Loisir 2 de base 28,85 € Assurance Loisir 2 Top 57,70 € Assurance Loisir 3 de base 49,45 € Assurance Loisir 3 Top 95,80 € 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

## 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...) :

**Pour les disciplines à contraintes particulières** (plongée scaphandre et apnée en fosse ou milieu naturel), le CACI est obligatoire annuellement pour tous, majeurs et mineurs

**Pour les autres disciplines fédérales non à contraintes particulières**, le CACI est obligatoire annuellement pour les pratiquants âgés de 18 ans et plus (questionnaire de santé pour les mineurs).

**En cas de modification de l'état de santé ou d'accident de plongée, la validité de ce certificat est suspendue.**

**En cas de pratique compétitive**, l'absence de contre-indication à la pratique en compétition de la discipline concernée devra être spécifiée sur le CACI.

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

La liste des contre-indications à la pratique des activités subaquatiques fédérales et les préconisations de la FFESSM relatives à l'examen médical, sont disponibles sur le site de la Commission Médicale et de Prévention Nationale :

<http://medical.ffessm.fr>

**Fait à :**  
**Date :**

**Signature et cachet :**

## CONTRE-INDICATIONS À LA PLONGÉE EN SCAPHANDRE AUTONOME

	<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* Péricardite et Myocardites * 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 Vascularite pulmonaire Maladie bulleuse	Asthme* Pneumothorax spontané ou traumatique* Pathologie infectieuse Pleurésie Traumatisme thoracique ou pulmonaire Pneumopathie fibrosante*
<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	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*
<b>Neurologie</b>	Épilepsie Pertes de connaissance itératives Effraction méningée neurochirurgicale, ORL ou traumatique Paralysie cérébrale	Traumatisme crânien grave* Maladie de Parkinson, maladie neurodégénérative* Sclérose en plaques* Accident vasculaire cérébral*
<b>Psychiatrie</b>	Affection psychiatrique sévère Éthylisme chronique	Traitement anti-dépresseur, anxiolytique, neuroleptique ou hypnogène* Alcoolisation aiguë, consommation de cannabis ou autres substances addictives Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité* Troubles du comportement alimentaire*
<b>Hématologie</b>	Thrombopénie périphérique, thrombopathie congénitale Phlébites à répétition	Trouble de la crase sanguine découvert lors d'u bilan d'une affection thrombo-embolique Hémophilie* Phlébite non explorée
<b>Gynécologie</b>		Grossesse
<b>Métabolisme</b>	Diabète traité par antidiabétiques oraux hypoglycémiant	Diabète traité par insuline* Diabète traité par biquanides* Dystonie neurovégétative Troubles métaboliques ou endocriniens sévères
<b>Dermatologie</b>	Différentes affections peuvent entrainer des contre-indications temporaires ou définitives, selon leur intensité ou leur retentissement pulmonaire, neurologique ou cardio vasculaire	
<b>Gastro-entérologie</b>		Manchon anti-reflux, chirurgie bariatrique Stomie
<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 spécifique tel que défini dans le règlement médical.</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>		

# BULLETIN D'ADHÉSION

2025 - 2026

Section : PLONGEE  
Date d'arrivée : \_\_\_\_\_  
N° : \_\_\_\_\_  
Par : \_\_\_\_\_

## ACTIVITÉ

- |                                      |                                          |                                           |                                      |                                   |                                     |
|--------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aquagym     | <input type="checkbox"/> Cyclotourisme   | <input type="checkbox"/> Handi Futsal     | <input type="checkbox"/> Karaté      | <input type="checkbox"/> Natation | <input type="checkbox"/> Tennis     |
| <input type="checkbox"/> Badminton   | <input type="checkbox"/> Football/Futsal | <input type="checkbox"/> Hockey-sur-gazon | <input type="checkbox"/> Kidisport   | <input type="checkbox"/> Pétanque | <input type="checkbox"/> Water-Polo |
| <input type="checkbox"/> Basket-Ball | <input type="checkbox"/> Gym/Fitness     | <input type="checkbox"/> Hockey-sur-glace | <input type="checkbox"/> Lutte       | <input type="checkbox"/> Plongée  | <input type="checkbox"/> Danse      |
| <input type="checkbox"/> Bowling     | <input type="checkbox"/> Golf            | <input type="checkbox"/> Judo             | <input type="checkbox"/> Musculation | <input type="checkbox"/> Showdown | <input type="checkbox"/> Roller     |
| <input type="checkbox"/> Running     |                                          |                                           |                                      |                                   |                                     |

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

## IDENTITÉ DE L'ADHÉRENT

Cadre réservé à l'adhérent

**A REMPLIR EN MAJUSCULE !**

Création  Renouvellement

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 : \_\_\_\_\_ Bénévole encadrant ?  Oui (Honorabilité obligatoire)  Non

## CERTIFICAT MÉDICAL

Cadre réservé au médecin

\* 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 besoin 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 des questions du questionnaire de santé, et avoir la connaissance que toute réponse positive entraînera obligatoirement l'obligation de fournir un certificat médical à la pratique du sport et/ou de cette discipline."

ATTESTATION QUESTIONNAIRE DE SANTE

Certificat médical du (date) : \_\_\_\_\_ Ou, si vous avez déjà fourni un certificat au club, il y a moins de 3 ans :

Personne majeure : Questionnaire de santé majeur

Personne mineure : Questionnaire de santé mineur

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

DATE : \_\_\_\_\_

N° du médecin : \_\_\_\_\_

Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Si non 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 \_\_\_\_\_

**FOURNIR CACI JOINT AU DOSSIER**

# BULLETIN D'ADHÉSION

2025 - 2026

## 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](mailto: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.

## CONTRÔLE DE L'HONORABILITE

**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 refuse ce contrôle et renonce de fait 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

## CADRE RÉSERVÉ À LA SECTION

N° Licence Délégataire (**obligatoire**) : \_\_\_\_\_

Bénévole

Loisir

Compétition

Catégorie : \_\_\_\_\_

# BULLETIN D'ADHÉSION

2025 - 2026

## 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(e) \_\_\_\_\_ 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](http://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€

# BULLETIN D'ADHÉSION

2025-2026

## TARIF SECTION

- Tarif à payer =
- Réduction éventuelle (justif) =
- **Tarif final payé =**
- Mode de paiement :  Chèque  Espèces  Virement  Autres :
- Nombre de paiement :  1 fois  2 fois  3 fois  4 fois

## AMENDES

Je m'engage à m'acquitter de toutes sanctions et pénalités financières qui me seraient infligées ou 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 inculqué et doivent être remboursés à la section sous quinze jours.

## PAIEMENT

- J'ai pris connaissance que les licences et cotisations versées à l'association sont définitivement acquises, et ne saurais exiger un remboursement de cotisation en cours d'année en cas de démission, exclusion, ou tout autre cas de force majeure.

 **AVEZ VOUS PENSE AU MECENAT POUR SOUTENIR VOTRE CLUB ?**   
**==> DON FINANCIER AU CLUB = 66% de réduction fiscale sur vos impôts !**

## 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 : 06.04.41.59.81 - Complexe de Buxerolles, Rue Faraday, 87280 Limoges

**100€**  
 AU LIEU DE 160€  
 (Loisirs)



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 : .....

## HORAIRES D'OUVERTURE DU SIÈGE :

Du lundi au vendredi : 9h00-12h30 / 13h30-17h00

45 rue Chantefauve, 87000 Limoges  
 05.87.41.56.25  
[www.limoges.asptt.com](http://www.limoges.asptt.com)  
[limoges@asptt.com](mailto:limoges@asptt.com)



ASPTT Limoges  
 Club Omnisports



@limogesasptt



**ASPTT LIMOGES**