



Date :

Moniteur :

*** BAPTEME DE PLONGEE ***

Je souhaite faire un baptême de plongée sous-marine.

Nom (en majuscule) : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu : _____

Adresse : _____

Information sur les contre-indications médicales à la pratique de la plongée sous-marine en scaphandre :

Le certificat médical n'est pas obligatoire pour le baptême de plongée, cependant si vous avez déjà présenté un ou plusieurs des symptômes suivants, demandez l'avis d'un médecin du sport ou un médecin fédéral de plongée avant votre baptême :

Problèmes cardiaques Problèmes respiratoires	Problèmes ORL	Problèmes nerveux
- Asthme - Pneumothorax	- Otites fréquentes - Perforation du tympan - Chirurgie de l'oreille - Sinusites	- Pertes de connaissances - Epilepsie - Spasmophilie ou Tétanie

J'ai pris connaissance des informations ci-dessus relatives au baptême et déclare ne présenter, à ma connaissance, aucune contre-indication médicale.

Le _____ **Signature du futur baptisé :**

Autorisation parentale pour un baptême de plongée sous-marine (Obligatoire pour les moins de 18 ans)

Je soussigné(e), _____ autorise mon fils /
ma fille de _____ ans, à faire un baptême de plongée.

Le _____ **Signature du responsable légal :**