



**Assurance complémentaire individuelle accident (couvrant ses propres dommages) :**

Le CPVS vous conseille vivement de souscrire une assurance individuelle (Voir les garanties sur le site Cabinet Axa Lafont)

<https://www.ffessm.lafont-assurances.com>

Attention : il vous appartient de souscrire vous-même cette assurance au cabinet Lafont Assurances, 2 rue du Moulinas 66330 CABESTANY.

.../...

**AUTORISATION POUR LES ADULTES (pour les mineurs voir ci-dessous)**

Je, soussigné (e) : Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

- ***J'accepte, je n'accepte pas*** (1)

d'être photographié(e), filmé(e) lors de manifestations, en conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit de l'image et au droit du nom,

- ***J'autorise, je n'autorise pas*** (1)

le club à fixer, reproduire, communiquer au public, les photographies prises dans le cadre des activités.

- **Uniquement pour les encadrants (guides, initiateurs, moniteurs, entraîneurs, juges, arbitres) et-ou membres du bureau :**

***J'accepte, je n'accepte pas*** (1)

que mon identité soit transmise aux fins de contrôle de mon honorabilité par les services de l'Etat

Fait à : \_\_\_\_\_ le : / /

Signature : précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

(1) Barrer les mentions inutiles

---

**AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs)**

Je, soussigné (e) : Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

O Père, O, Mère O Tuteur légal : autorise l'enfant mineur

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

- à pratiquer la plongée subaquatique ainsi que les activités annexes en toutes connaissances des risques encourus. En outre, ***j'accepte, je n'accepte pas*** (1) que les responsables du club, autorisent en mon nom, une prise en charge médicalisée vers un service approprié en cas de besoin.

- à le photographier, le filmer et à utiliser son image, lors de chaque manifestation, en conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit de l'image et au droit du nom, ***j'autorise, je n'autorise pas*** (1) le club à fixer, reproduire, communiquer au public les photographies prises dans le cadre des activités.

Fait à : \_\_\_\_\_ le : / /

Signature : précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

(1) Barrer les mentions inutiles

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

Je soussigné(e) Docteur :

Exerçant à :

Rayez les mentions inutiles\*

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

Certifie avoir examiné ce jour :

NOM :

Prénom :

Né(e) le :

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 de loisir en pratique, encadrement et enseignement (\*)

Ou bien seulement (cocher) :

- DES ACTIVITÉS DE PLONGÉE EN SCAPHANDRE AUTONOME
- DES ACTIVITÉS EN APNÉE
- DE L'APNÉE EN PROFONDEUR > 6 METRES
- DES ACTIVITÉS DE NAGE AVEC ACCESSOIRES

(\*) rayer éventuellement une des trois mentions si nécessaire

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

- Reprise de l'activité après accident de plongée

Pour la pratique HANDISUB se référer au site : <https://handisub.ffessm.fr>

Des conseils éventuels de prévention ont été délivrés ; s'il existe un risque identifié d'accidents de désaturation, d'œdème pulmonaire d'immersion ou d'un autre accident en référence aux préconisations de la CMPN.

Les préconisations de la FFESSM relatives à l'examen médical préalable à la pratique des activités subaquatiques fédérales, la liste des contre-indications et les conseils relatifs aux restrictions de pratique sont disponibles sur le site de la Commission Médicale et de Prévention Nationale : <https://medical.ffessm.fr>

**NOMBRE DE  COCHÉE(S) (obligatoire) :**

**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

Fait à :

Date :

signature et cachet :

## Le certificat médical de non-contre indication à la pratique sportive remplacé par un questionnaire de santé pour les mineurs (hors disciplines à contraintes particulières)

- Le décret n° 2021-564 du 7 mai 2021 prévoit donc qu'il n'est désormais plus nécessaire, pour les mineurs, de produire un certificat médical pour l'obtention ou le renouvellement d'une licence dans une fédération sportive ou pour l'inscription à une compétition sportive organisée par une fédération. La production d'un tel certificat demeure toutefois lorsque les réponses au questionnaire de santé du mineur conduisent à un examen médical, mais également pour les disciplines à contraintes particulières.
- C'est l'Arrêté du 7 mai 2021 qui fixe le contenu du présent questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur, complété par des questions fédérales spécifiques aux activités subaquatiques hors disciplines à contraintes particulières.

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

**Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.**

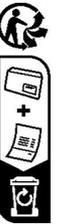
Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>	Ton âge : ___ ans	
<b>Depuis l'année dernière</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre 1 nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>		
Te sens-tu très fatigué (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aujourd'hui</b>		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mini-questionnaire propres aux activités de la Ffessm</b>		
Est-ce que tu as des difficultés pour entendre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu mal aux oreilles lorsque tu vas sous l'eau, à la montagne ou quand tu prends l'avion ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Questions à faire remplir par tes parents</b>		
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si une ou plusieurs cases OUI ont été cochées sur l'ensemble du questionnaire, il faut consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.**

**Conseils de la Commission Médicale et de Prévention** : les activités subaquatiques ne doivent pas faire mal, en particulier aux oreilles : équilibrer les oreilles régulièrement à la descente et ne jamais forcer. Le rhume peut gêner l'équilibrage des oreilles : dans ce cas, il faut privilégier des activités de surface, le temps qu'il guérisse.



## Identifiant national de compte bancaire - RIB

Banque	Guichet	N° compte	Clé	Devise
<b>10278</b>	<b>02686</b>	<b>00053645701</b>	<b>89</b>	<b>EUR</b>

Domiciliation
<b>CCM AULNOYE AYMERIES</b>

## Identifiant international de compte bancaire

IBAN (International Bank Account Number)						
<b>FR76</b>	<b>1027</b>	<b>8026</b>	<b>8600</b>	<b>0536</b>	<b>4570</b>	<b>189</b>

BIC (Bank Identifier Code)
<b>CMCIFR2A</b>

**Domiciliation**

CCM AULNOYE AYMERIES  
27 RUE JEAN JAURES  
59620 AULNOYE AYMERIES

☎ 0 820 35 20 19 (Service 0,12 €/min + prix appel)

**Titulaire du compte (Account Owner)**

LES CHT'IS PLONGEUR DU VAL DE  
SAMBRE  
CHEZ MR FRERE AUBERT  
9 RUE DU PACHI  
59177 SAINS DU NORD

Remettez ce relevé à tout autre organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous éviterez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution.

PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ