

AQUÀTICA

L'ESTARTIT - ILLES MEDES

Baptême de plongée

Déclaration du participant. Veuillez lire attentivement les paragraphes ci-après et remplir tous les espaces libres avant de signer.

Cette attestation, constituée d'une Déclaration médicale, d'une Déclaration d'adhésion aux règles de sécurité du Discover Scuba Diving et d'une Déclaration d'acceptation des risques et de ses responsabilités, vous informe des risques potentiels de la plongée scaphandre autonome et de la conduite à tenir pendant le programme Try Scuba Diving. Votre signature est nécessaire pour participer au programme. Si vous êtes mineur, il faut que l'un des parents ou votre tuteur légal signe cette Déclaration du participant (c'est-à-dire la Déclaration médicale, la Déclaration d'adhésion aux règles de sécurité du Discover Scuba Diving et la Déclaration d'acceptation des risques et de ses responsabilités). Vous devrez également apprendre, par le biais de votre instructeur, les règles de sécurité importantes concernant la respiration et l'équilibrage en plongée scaphandre autonome. Une mauvaise utilisation de l'équipement de plongée scaphandre peut entraîner de graves lésions, voire la mort. Pour l'utiliser efficacement et correctement, vous devez recevoir une formation complète, sous la supervision directe d'un instructeur qualifié.

Déclaration médicale

Pour plonger en toute sécurité, vos systèmes respiratoire et circulatoire doivent être en bonnes conditions. Toutes les cavités aériennes du corps doivent être normales et saines. Une personne atteinte de problèmes cardiaques, ou souffrant d'épilepsie, d'asthme, d'un problème médical grave ou sous l'influence d'alcool ou de drogues ne devrait pas plonger. Un surpoids excessif ou une condition physique insuffisante ne vous permet pas de plonger. Si vous prenez des médicaments, consultez votre médecin avant de participer à ce programme.

Veuillez répondre aux questions suivantes sur votre situation médicale passée ou présente par OUI ou par NON. Si vous n'êtes pas sûr(e), répondez par OUI. En cas de réponse positive à l'une de ces questions, nous nous voyons dans l'obligation de vous demander une consultation médicale avant de plonger en scaphandre autonome.

- _____ Souffrez-vous actuellement d'une infection de l'oreille?
- _____ Souffrez-vous d'une maladie des oreilles, de surdité ou de problèmes d'équilibre?
- _____ Avez-vous déjà été op er e des oreilles ou des sinus?
- _____ Souffrez-vous actuellement d'un rhume, d'une congestion, d'une sinusite ou d'une bronchite?
- _____ Avez-vous des antécédents médicaux concernant des problèmes respiratoires, des crises de rhume des foins ou d'allergies, ou d'une maladie pulmonaire quelconque?
- _____ Avez-vous eu un pneumothorax (affaiblissement du poumon) ou toute autre lésion ayant nécessité une opération de la poitrine?
- _____ êtes-vous asthmatique ou avez-vous souffert d'emphysème ou de tuberculose?
- _____ Prenez-vous actuellement des médicaments contenant une indication concernant la diminution de vos capacités physiques ou mentales?
- _____ Avez-vous des problèmes de santé comportementale, ou un trouble du système nerveux?
- _____ êtes-vous enceinte ou est-il possible que vous le soyez?
- _____ Avez-vous des antécédents médicaux de colostomie?
- _____ Avez-vous des antécédents de maladies cardiaques, d'angine de poitrine, d'opération du coeur ou des vaisseaux sanguins?
- _____ Avez-vous des antécédents d'hypertension artérielle, d'angine de poitrine, ou prenez-vous des médicaments pour contrôler la pression artérielle?
- _____ Avez-vous plus de 45 ans et avez-vous des antécédents médicaux familiaux d'angine de poitrine ou d'accident vasculaire c erebral?
- _____ Avez-vous des antécédents d'hémophilie ou autres troubles li es au sang?
- _____ Souffrez-vous ou avez-vous souffert du diabète?
- _____ Souffrez-vous ou avez-vous souffert de crises nerveuses, de perte de conscience complète ou partielle, de convulsions, d'épilepsie ou prenez-vous des médicaments pour les pr ev enir?
- _____ Souffrez-vous ou avez-vous souffert de problèmes de dos, de membres supérieurs ou inférieurs suite à une blessure, fracture ou intervention chirurgicale?
- _____ Souffrez-vous ou avez-vous souffert de peur des espaces ferm es ou ouverts (claustrophobie or agoraphobie) ou de crises de panique?

Nom du participant _____ Date _____

Signature du participant _____

Signature du parent/tuteur (si applicable) _____

AQUÀTICA

L'ESTARTIT - ILLES MEDES

Baptême de plongée

Nom du participant _____

E-mail _____ Téléphone (____) _____

Birth date _____

Déclaration d'adhésion aux règles de sécurité du Discover Scuba Diving

- Ces pratiques sont rassemblées pour que vous les lisiez et les reconnaissiez. Elles sont destinées à Augmenter votre niveau de confort et de sécurité en plongée.
- Je comprends qu'après avoir terminé le programme Try Scuba Diving, je ne serai pas qualifié à Plonger indépendamment sans un professionnel qualifié pour me guider.
- Pour équilibrer mes oreilles et mes autres espaces aériens, je dois me pincer le nez et souffler doucement par le nez tous les mètres/quelques pieds pendant la descente.
- Si je ressens une gêne au niveau des oreilles ou des sinus pendant la descente, je dois m'arrêter et en informer mon instructeur.
- Sous l'eau, je dois respirer lentement, profondément et sans jamais retenir ma respiration.
- Je dois respecter la vie aquatique et ne pas toucher, ennuyer ou harceler un organisme aquatique car cela peut lui nuire ou menacer ma sécurité.
- Je peux trouver une formation complémentaire dans un SSI Dive Centre, Resort et Instructor pour être certifié à plonger sans guide professionnel.

Signature du participant _____

Date _____

Nom du parent/tuteur (si applicable)

Signature _____

CONTACT EN CAS D'URGENCE

Nom _____ Téléphone(____) _____ Relation _____

AUTORISATION DES DROITS DE L'IMAGE

Je autorise la compagnie Aquàtica Illes Medes SLU a l'édition dans les réseaux sociaux, ou les différents sites internet appartenant d'Aquàtica Illes Medes, d'images relacionades amb l'activitat de Bateig de Submarinisme que puguin ser presses durant l'activitat.

Prénom et nom _____ Date _____

Signature du participant _____

Signature du parent/tuteur (si applicable) _____