

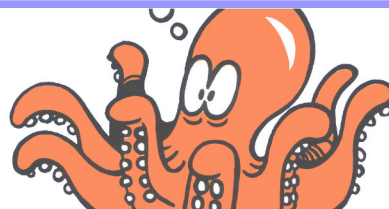
**Cercle de Plongée OCTOPUS Diekirch**

Association sans but lucratif  
R.C.S. – Luxembourg F596

Secrétariat: 13, rue des champs L-7764 Bissen

email@octopus.lu

http://www.octopus.lu



**Demande d'admission**

Je soussigné(e) (Nom et Prénoms) \_\_\_\_\_

Né(e) le (date) \_\_\_\_\_ à (lieu) \_\_\_\_\_ Nationalité \_\_\_\_\_

Demeurant à (numéro et rue) \_\_\_\_\_

(code postal et lieu) \_\_\_\_\_

Numéro Sécurité Sociale \_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_

Compte bancaire No IBAN \_\_\_\_\_ auprès de \_\_\_\_\_

Brevets de plongée (joindre une copie) \_\_\_\_\_

Personne à contacter en cas d'accident (Nom, téléphone) \_\_\_\_\_

No Tél (privé) \_\_\_\_\_ No GSM \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Demande par la présente à être admis(e) au Cercle de Plongée « OCTOPUS » de Diekirch. Je m'engage par la présente de respecter les règlements du club, le matériel mis à ma disposition ainsi que de fournir toutes les données nécessaires pour garantir le bon déroulement du club.

(à joindre  
1 photo passeport)

Cotisation annuelle : 60.-€ \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Droit d'entrée : 40.-€

Total : 100.-€

(cotisation personne vivant dans le même ménage : 40.-€)

à virer au compte CCPL IBAN LU24 1111 1270 9525 0000

\_\_\_\_\_  
(signature)

---

**Cercle de Plongée OCTOPUS Diekirch**

Association sans but lucratif  
R.C.S. – Luxembourg F596

Secrétariat: 13, rue des champs L-7764 Bissen

email@octopus.lu

http://www.octopus.lu



(seulement à joindre en cas de mineur)

**Consentement du tuteur ou représentant légal**

Je soussigné(e) (Nom et Prénom) \_\_\_\_\_

agissant en qualité de tuteur/représentant légal de

(Nom/Prénom) \_\_\_\_\_ ,

né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Demeurant à (no,rue) \_\_\_\_\_

(code postal) \_\_\_\_\_ (lieu) \_\_\_\_\_

NoTel \_\_\_\_\_

Me déclare par la présente formellement d'accord avec l'entrée de mon/ma fils/fille au Cercle de plongée « OCTOPUS » de Diekirch.

\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 20\_\_

\_\_\_\_\_  
(signature)



**CERTIFICAT MEDICAL PLONGEE ADULTE  
(PERSONNE DE PLUS DE 14 ANS)**

Date : \_\_\_\_\_

Je soussigné, Docteur \_\_\_\_\_

- Médecin Hyperbare
- Médecin Fédéral
- Médecin du Sport
- Autre Médecin (Généraliste ou Spécialiste)

certifie avoir examiné ce jour :

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_, né(e) le \_\_\_\_\_

Demeurant \_\_\_\_\_

et déclare, **sous réserve de l'exactitude des déclarations:**

- qu'il n'existe aucune contre-indication à la pratique de la **plongée en scaphandre autonome de loisir.**
- qu'il n'existe aucune contre-indication à la pratique de la **plongée libre.**
- qu'il existe une contre-indication à la pratique de la (ou des) activité(s) suivante(s):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Précautions particulières recommandées (*l'intéressé(e) a été informé(e) des risques encourus*)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature de l'intéressé(e)

Signature, cachet du médecin

L'intéressé(e) ainsi que le Médecin certifient avoir pris connaissance des contre-indications médicales à la plongée rappelées au verso (page 2).

**Certificat valable pour l'année dans laquelle il a été établi ainsi que pour celle qui suit ;  
sauf maladies intercurrentes ou accident de plongée.**



## CONTRE - INDICATIONS A LA PLONGEE EN SCAPHANDRE

La liste des contre-indications ci-après est indicative. En cas de doute, un second avis est conseillé.

	CONTRE - INDICATIONS DEFINITIVES CLINIQUEMENT DECELABLES	CONTRE - INDICATIONS TEMPORAIRES SOUMISES A L'APPRECIATION DU MEDECIN
<b>CARDIOLOGIE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toute affection cardiaque évolutive ou chronique séquellaire sous traitement</li> <li>• Cardiomyopathie ischémique grave</li> <li>• Hypertension artérielle sévère</li> <li>• Infarctus</li> <li>• Artérite stade III - IV</li> <li>• Angine de poitrine</li> <li>• Tachycardie paroxystique : Bouveret</li> <li>• Traitement par : Anticoagulant - Bêtabloquant - Antiarythmique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Affection cardio-vasculaire à évaluer</li> </ul>
<b>O.R.L.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surdit�e unilat�rale : cophose</li> <li>• D�ficit audiom�trique bilat�ral &gt; 40 db</li> <li>• Otospongiose op�r�e</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Episode infectieux</li> <li>• Syndrome vertigineux � �valuer</li> <li>• Probl�me tubaire it�ratif</li> <li>• Perforation tympanique</li> <li>• Tympanoplastie � �valuer apr�s imp�dancem�trie</li> <li>• Ost�omes majeurs du conduit non op�r�</li> </ul>
<b>PNEUMOLOGIE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asthme</li> <li>• Insuffisance respiratoire chronique</li> <li>• Pneumothorax spontan�</li> <li>• Syndrome interstitiel �volutif : Fibrose pulmonaire</li> <li>• Sarco�dose stade II - III</li> <li>• Pleur�sie ou implant creux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pathologie infectieuse</li> <li>• Pleur�sie apr�s �valuation par E.F.R.</li> <li>• Sarco�dose : stade I � �valuer apr�s E.F.R.</li> </ul>
<b>OPHTALMOLOGIE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• K�ratotomie radiaire</li> <li>• Kératocône</li> <li>• Pathologie de la rétine � évaluer</li> <li>• Prothèse ou implant creux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chirurgie oculaire � évaluer après 1 an</li> <li>• Traitement pour décollement rétinien � évaluer</li> <li>• Glaucome � évaluer</li> <li>• Altération du champ visuel � évaluer</li> </ul>
<b>NEUROLOGIE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epilepsie</li> <li>• Traumatisme crânien avec séquelles</li> <li>• Perte de connaissance répétitive d'étiologie indéterminée</li> <li>• Chirurgie endocrânienne pour affection évolutive</li> </ul>	
<b>PSYCHIATRIE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Affection psychiatrique sévère</li> </ul>	Traitement majeur par antidépresseur, Anxiolytique, Neuroleptique
<b>ENDOCRINOLOGIE - METABOLISME</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diab�te insulino-d�pendant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Troubles endocriniens � �valuer</li> <li>• �tat spasmophile � �valuer</li> </ul>
<b>GYNECOLOGIE</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grossesse</li> </ul>
<b>DENTAIRE</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proth�se amovible : n�cessit� de l'enlever</li> <li>• Caries</li> </ul>
<b>GASTROLOGIE</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hernie hiatale ou reflux gastro-oesophagien</li> <li>• Ulcère digestif</li> </ul>

**TOUTE PRISE MEDICAMENTEUSE DOIT ETRE APPRECIEE.**

**LA REPRISE DE LA PLONGEE APRES UN ACCIDENT DE DECOMPRESSION, UNE SURPRESSION PULMONAIRE, UN PASSAGE EN CAISSON HYPERBARE OU TOUT AUTRE ACCIDENT SEVERE NECESSITERA L'AVIS D'UN MEDECIN FEDERAL !!!**