

# Bulletin d'inscription - Saison 2025 - 2026

.....  
NOM - PRÉNOM :

ADRESSE :

TÉLÉPHONE :

ADRESSE MAIL :

NAISSANCE :

PERSONNE À PRÉVENIR :

## Activité

NIV. DE PLONGÉE ACTUEL :

SOUHAIT D'ACTIVITÉ :

## Certificat médical

Je n'oublie pas d'imprimer le modèle de certificat médical à faire remplir par mon médecin et en fournir une copie à l'association daté de moins d'un an.

Dans le cas contraire, la participation aux activités sportives de l'association ne sera pas possible.

## Identité :

Date : / / Lieu :  
.....Lien :  
.....Nom : Téléphone :  
.....

Formation : .....

Encadrement : Oui / Non

Droit à l'image : Oui / Non

Accepte par la présente que des photos et vidéos sur lesquelles je figure puissent être utilisées uniquement par l'association **Balaruc Plongée** sur son site internet, sa page Facebook ou dans la presse locale. En aucun cas, l'association ne cédera les photos à un tiers.

Je souhaite :  Adhérer à la FFESSM  
(Assurance RC uniquement),  
 Souscrire une assurance Loisir.

J'ai pris connaissance des conditions générales d'assurance proposées par l'assureur de la fédération.

J'ai lu les statuts et le règlement intérieur de l'association auquel j'adhère sans réserve.

Signature obligatoire

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

Je soussigné(e) Docteur :

Exerçant à :

Certifie avoir examiné ce jour :

NOM :

Prénom :

Né(e) le :

Rayez les mentions inutiles\*

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

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 :

**CONTRE-INDICATIONS à la PLONGEE en SCAPHANDRE AUTONOME**

Cette liste est indicative et non limitative. Les problèmes doivent être abordés au cas par cas, éventuellement avec un bilan auprès d'un spécialiste, la décision tenant compte du niveau technique (débutant, plongeur confirmé ou encadrant).

En cas de litige, la décision finale doit être soumise à la Commission Médicale et de Prévention Régionale, puis en appel, à la Commission Médicale et de Prévention Nationale.

	<b>Contre indications définitives</b>	<b>Contre indications temporaires</b>
<b>Cardiologie</b>	Cardiopathie congénitale Insuffisance cardiaque symptomatique Cardiomyopathie obstructive Pathologie avec risque de syncope Tachycardie paroxystique BAV II ou complet non appareillés Maladie de Rendu-Osler Valvulopathies(*)	Hypertension artérielle non contrôlée Coronaropathies : à évaluer(*) Péricardite Traitement par anti-arythmique :à évaluer(*) Traitement par bêta-bloquants par voie générale ou locale: à évaluer (*) Shunt D G découvert après accident de décompression à symptomatologie cérébrale ou cochléo-vestibulaire(*)
<b>Oto-rhino-laryngologie</b>	Cophose unilatérale Évidement pétromastoïdien Ossiculoplastie Trachéostomie Laryngocèle Déficit audio. bilatéral à évaluer (*) Otospongiose opérée Fracture du rocher Destruction labyrinthique uni ou bilatérale Fistule peri-lymphatique Déficit vestibulaire non compensé	Chirurgie otologique Épisode infectieux Polypose nasosinusienne Difficultés tubo-tympaniques pouvant engendrer un vertige alterno-barique Crise vertigineuse ou au décours immédiat d'une crise Tout vertige non étiqueté Asymétrie vestibulaire sup. ou égale à 50%(6mois) Perforation tympanique(et aérateurs trans-tympaniques) Barotraumatismes de l'oreille interne ADD labyrinthique +shunt D-G :à évaluer(*)
<b>Pneumologie</b>	Insuffisance respiratoire Pneumopathie fibrosante Vascularite pulmonaire Asthme :à évaluer (*) Pneumothorax spontané ou maladie bulleuse, même opéré : à évaluer(*) Chirurgie pulmonaire	Pathologie infectieuse Pleurésie Traumatisme thoracique
<b>Ophthalmologie</b>	Pathologie vasculaire de la rétine, de la choroïde, ou de la papille, non stabilisées, susceptibles de saigner Kératocône au delà du stade 2 Prothèses oculaires ou implants creux Pour les N3, N4 , et encadrants : vision binoculaire avec correction<5/10 ou si un œil<1/10,l'autre <6/10	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 Grefte de cornée : 8 mois Traitement par bêta bloquants par voie locale : à évaluer(*)
<b>Neurologie</b>	Épilepsie Syndrome déficitaire sévère Pertes de connaissance itératives Effraction méningée neurochirurgicale, ORL ou traumatique Incapacité motrice cérébrale	Traumatisme crânien grave à évaluer
<b>Psychiatrie</b>	Affection psychiatrique sévère Éthylisme chronique	Traitement antidépresseur, anxiolytique, par neuroleptique ou hypnogène Alcoolisation aiguë
<b>Hématologie</b>	Thrombopénie périphérique, thrombopathies congénitales. Phlébites à répétition, troubles de la crase sanguine découverts lors du bilan d'une phlébite. Hémophiles : à évaluer (*)	Phlébite non explorée
<b>Gynécologie</b>		Grossesse
<b>Métabolisme</b>	Diabète traité par insuline : à évaluer (*) Diabète traité par antidiabétiques oraux (hormis biguanides)	Tétanie / Spasmophilie
<b>Dermatologie</b>	Troubles métaboliques ou endocriniens sévères Différentes affections peuvent entraîner des contre-indications temporaires ou définitives selon leur intensité ou leur retentissement pulmonaire, neurologique ou vasculaire	
<b>Gastro-Entérologie</b>	Manchon anti-reflux	Hernie hiatale ou reflux gastro-œsophagien à évaluer
<b>Toute prise de médicament ou de substance susceptible de modifier le comportement peut être une cause de contre-indication</b> La survenue d'une maladie de cette liste nécessite un nouvel examen		
<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 fédéral</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 intérieure de la C.M.P.N.</b>		

## AUTORISATION PARENTALE POUR LA PLONGEE JEUNE

Structure (club/SCA) : .....

- **Plongeur encadré 12m (PE12\*) à partir de 10 ans**
- **Plongeur encadré 20m (PE20\*) à partir de 12 ans (niveau 1)**
- **Plongeur encadré 40m (PE40\*) à partir de 14 ans**
- **Plongeur autonome 12 m (PA12\*) ou 20m (PA20\*) à partir de 16 ans**
- **Plongeur autonome 40m (PA40\*) à partir de 17 ans**

La plongée Jeune en scaphandre se fait dans une adaptation prudente et progressive à la profondeur par les encadrants avec une approche individualisée selon les conseils de la Commission Technique Nationale.

L'optimisation pour les encadrants des conditions de la plongée des jeunes repose sur les conseils de la Commission Médicale et de Prévention nationale de la Fédération Française d'Études et de Sports Sous-Marins.

Vous pouvez prendre connaissance de ces conseils en matière de plongée pour les jeunes sur  
<https://medical.ffessm.fr/actualites/jeunes-plongeurs-et-profondeurs>

### Le ou les personnes désignée(s) ci-après détentrice(s) de l'autorité parentale

Je soussigné (nom, prénom, adresse) : .....

### Autorise (ent) le mineur nommé ci-dessous :

Nom : ..... Prénom : .....

Né le : .....

A participer aux activités de plongée subaquatique, notamment en scaphandre, au sein de cette structure affiliée ou agréée à la FFESSM.

Je suis informé que dans le cadre des prérogatives de plongeur PA12\*, PA20\* ou PA40\*, le mineur peut-être autorisé par le Directeur de plongée à évoluer en autonomie (sans encadrement) en palanquée en partage de responsabilité avec d'autres plongeurs de même niveau.

Fait à ..... Le .....

Signature du responsable légal :

*\*) En référence au Code du sport (Annexe III-14-a de l'article A-322-77)*



**RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE**

Identifiant national de compte bancaire - RIB

Banque	Guichet	N° compte	Clé	Devise
<b>10278</b>	<b>09113</b>	<b>00020254101</b>	<b>92</b>	<b>EUR</b>

Domiciliation  
**CCM BASSIN DE THAU**

Identifiant international de compte bancaire

IBAN (International Bank Account Number)  
**FR76 1027 8091 1300 0202 5410 192**

BIC (Bank Identifier Code)  
**CMCIFR2A**

**Domiciliation**

CCM BASSIN DE THAU  
CM FRONTIGNAN  
27 AVENUE GENERAL DE GAULLE  
34110 FRONTIGNAN

☎ 04 67 80 08 54

**Titulaire du compte (Account Owner)**

ARESQUIERS PLONGEE  
CENTRE NAUTIQUE MUNICIPAL BOITE NUM6  
4 RUE DES TRIMARANS  
34540 BALARUC LES BAINS

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

1/ Pour remplir le bulletin d'adhésion qui est au format pdf avec votre téléphone ou tablette :


#### Android

Remplir des formulaires au format PDF dans Google Drive

1. Sur votre appareil Android, ouvrez l'application Google Drive.
2. Appuyez sur le fichier PDF que vous souhaitez compléter.
3. En bas à droite, appuyez sur Modifier.  
...
4. Saisissez vos informations dans le formulaire au format PDF.
5. En haut à droite, appuyez sur Enregistrer.

#### iPhone ou iPad

Remplir des formulaires au format PDF dans Fichier

1. Cliquer sur l'icône Fichier.
2. Sélectionner le fichier [2024\\_2025\\_Bulletin\\_Adhesion.pdf](#)
3. Cliquez sur Ok (en haut à droite).
4. Cliquez sur l'icône  en bas à droite.
5. Sélectionner chaque zone et la remplir.
6. Validez sur Ok.

2/ Pour scanner un document avec votre téléphone, vous pouvez utiliser l'un de ces 2 outils

#### Android



#### iPhone ou iPad



Cela me permettra de recevoir des fichiers pdf réutilisables.

En vous remerciant par avance,

Jean-Christophe