

Dossier de cours PADI Open Water Diver et formulaire de transfert

Nom de l'élève _____ Date de naissance _____

Jour/Mois/Année

Adresse postale _____ Sexe H F

Ville _____ État/Province _____

Pays _____ Code postal _____

Téléphone domicile (____) _____ Travail (____) _____

Fax (____) _____ E-mail _____

Tous les instructeurs PADI qui paraphent ce document doivent remplir la section d'identification ci-dessous.

PADI Instructor _____ Signature _____

No PADI _____ N° du centre de plongée/villégiature _____ Date _____

Jour/Mois/Année

Téléphone domicile (____) _____ No de fax (____) _____

Adresse Email _____

PADI Instructor _____ Signature _____

No PADI _____ N° du centre de plongée/villégiature _____ Date _____

Jour/Mois/Année

Téléphone domicile (____) _____ No de fax (____) _____

Adresse Email _____

Remarque : Si nécessaire, joindre d'autres feuilles pour les autres instructeurs PADI.

Pour le transfert d'un élève PADI Scuba Diver / Open Water Diver :

a. Remplir les sections d'identification du plongeur et du PADI Instructor, en notant les modules de formation terminés.

b. Joindre à ce formulaire un exemplaire du questionnaire médical PADI du plongeur.

c. Informer le plongeur qu'une photo est requise pour le traitement de la carte de certification.

d. Encourager le plongeur à terminer sa formation le plus rapidement possible et expliquer que ce formulaire est valable seulement une année à compter de la fin de la dernière section.

A. Plongées en milieu protégé (CW)

Date d'achèvement Jour/Mois/Année	Initiales de l'instructeur**	N° PADI
CW 1* ____ / ____ / ____	_____ # _____	
CW 2 ____ / ____ / ____	_____ # _____	
CW 3 ____ / ____ / ____	_____ # _____	

Date d'achèvement Jour/Mois/Année	Initiales de l'instructeur**	N° PADI
CW 4 ____ / ____ / ____	_____ # _____	
CW 5 ____ / ____ / ____	_____ # _____	

* DSD avec toutes les compétences de plongée
1 CW = Plongée 1 CW Open Water Diver

Évaluation de l'aptitude dans l'eau

Date d'achèvement Jour/Mois/Année	Initiales de l'instructeur**	N° PADI
Nage sur 200 mètres/yards OU Nage sur 300 mètres/yards avec masque/tuba/palmes ____ / ____ / ____	_____ # _____	

Date d'achèvement Jour/Mois/Année	Initiales de l'instructeur**	N° PADI
Flottaison de survie 10 minutes* ____ / ____ / ____	_____ # _____	

Exercices de plongée flexibles

Préparation et entretien de l'équipement* ____ / ____ / ____	_____ # _____	
Déconnexion du tuyau flexible moyenne pression* ____ / ____ / ____	_____ # _____	
Desserrement de sangle de bouteille ____ / ____ / ____	_____ # _____	
Enlèvement et remise en place du système de lestage (surface)* ____ / ____ / ____	_____ # _____	
Largage d'urgence du lest (ou en milieu naturel)* ____ / ____ / ____	_____ # _____	

Compétences de plongée en apnée

Date d'achèvement Jour/Mois/Année	Initiales de l'instructeur**	N° PADI
____ / ____ / ____	_____ # _____	

(Remarque : Si toutes les plongées en milieu protégé et l'évaluation d'aptitude dans l'eau ont été effectuées avec le même instructeur, une seule signature suffit.)

Toutes les plongées en milieu protégé ci-dessus et l'évaluation d'aptitude dans l'eau ont été effectuées.

Signature de l'instructeur _____
N° PADI _____ Date ____ / ____ / ____

****Je certifie que l'élève a réalisé avec succès les performances requises pour cette manœuvre/section/plongée telles qu'indiquées dans le PADI Instructor Manual. Je suis PADI Instructor avec statut d'enseignant actif pour l'année en cours.**

B. Développement des connaissances

Option de cours : Table RDP eRDPML
 Ordinateur uniquement

	Date d'achèvement Jour/Mois/Année	A complété la RC	A réussi à l'exercice de contrôle/examen	A regardé l'Open Water Video	Initiales de l'instructeur**	N° PADI
Sec 1	____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____ # _____	
Sec 2	____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____ # _____	
Sec 3	____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____ # _____	
Sec 4	____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____ # _____	
Sec 5	____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____ # _____	
OU Révision rapide						
eLearning	____ / ____ / ____		_____		_____ # _____	

(Remarque : Si toutes les sessions de développement des connaissances ci-dessus ont été suivies avec le même instructeur, une seule signature suffit.)

Toutes les sessions de développement des connaissances ci-dessus ont été suivies, les exercices de contrôle/examens réussis.

Signature de l'instructeur _____ # _____ Date ____ / ____ / ____

C. Plongées en milieu naturel

Date d'achèvement Jour/Mois/Année	Initiales de l'instructeur**	N° PADI	Date d'achèvement Jour/Mois/Année	Initiales de l'instructeur**	N° PADI
Plongée 1 ____ / ____ / ____	_____ # _____		Plongée 3 ____ / ____ / ____	_____ # _____	
Plongée 2 ____ / ____ / ____	_____ # _____		Plongée 4 ____ / ____ / ____	_____ # _____	

Exercices de plongée flexibles

Ces exercices peuvent être effectués à l'occasion de toute plongée de formation en milieu naturel.

	Date d'achèvement	Initiales de l'instructeur**	N° PADI
1. Soulagement de crampe*	Plongée n° _____	_____ # _____	
2. Échange tuba/détendeur*	Plongée n° _____	_____ # _____	
3. Déploiement de tube de signalisation gonflable/bouée de repérage de surface*	Plongée n° _____	_____ # _____	
4. Largage d'urgence du lest (ou en milieu protégé)*	Plongée n° _____	_____ # _____	
5. Nage en surface avec boussole	Plongée n° _____	_____ # _____	
6. Remorquage d'un plongeur fatigué	Plongée n° _____	_____ # _____	
7. Enlèvement/remise place de l'équipement de plongée (surface)	Plongée n° _____	_____ # _____	
8. Enlèvement/remise place du lest (surface)	Plongée n° _____	_____ # _____	
9. Remontée d'urgence contrôlée (plongée 2, 3 ou 4)	Plongée n° _____	_____ # _____	
10. Navigation sous l'eau avec boussole (plongée 2, 3 ou 4)	Plongée n° _____	_____ # _____	

(Remarque : Si tous les exercices de plongée flexibles ci-dessus ont été effectués avec le même instructeur, une seule signature suffit.)
Tous les exercices de plongée flexibles ci-dessus ont été effectués.

Signature de l'instructeur _____ # _____ Date ____ / ____ / ____

Déclaration de l'élève : Je comprends les exigences d'entraînement de ce cours et j'ai satisfait à toutes les conditions d'obtention de certification. Je suis suffisamment préparé pour plonger dans des conditions similaires à celles dans lesquelles j'ai été formé. Je reconnais qu'une formation supplémentaire est recommandée avant de participer à des activités de plongée spécialisée, avant de plonger dans d'autres secteurs ou après une période d'inactivité de plus de six mois. J'accepte de suivre les Consignes de sécurité en plongée de PADI.

Signature de l'élève : _____ # _____ Date ____ / ____ / ____

Toutes les exigences de certification PADI Scuba Diver ont été satisfaites (sessions de développement des connaissances 1, 2 et 3, plongées en milieu protégé 1, 2 et 3, plongées en milieu naturel 1, 2 et tous les exercices de plongée flexibles marqués par un astérisque *).

Signature de l'instructeur _____ # _____ Date ____ / ____ / ____

Toutes les exigences de certification PADI Open Water Diver ont été satisfaites.

Signature de l'instructeur _____ # _____ Date ____ / ____ / ____



Déclaration d'adhésion aux règles de plongée en toute sécurité

Veillez lire attentivement avant de signer.

Cette déclaration vous informe des règles établies pour la sécurité en plongée libre et en scaphandre autonome. Ces règles ont été rassemblées pour que vous les revoyez et les connaissiez, et sont prévues pour accroître votre niveau de confort et de sécurité. Votre signature apposée à cette déclaration est exigée comme preuve de votre compréhension de ces règles de plongée en toute sécurité. Lisez et examinez cette déclaration avant de la signer. Si vous êtes mineur, ce document doit aussi être signé par un parent ou un tuteur.

Je, soussigné(e) _____ (imprimer votre nom) _____, déclare avoir compris qu'en tant que plongeur, je dois:

1. Rester en bonne forme, tant physique que mentale, pour plonger. Éviter d'être sous l'effet de l'alcool, de drogue ou de médicaments dangereux lorsque je plonge. Maintenir à jour l'efficacité d'exécution des exercices de sécurité en plongée, en m'efforçant de la perfectionner grâce à la formation continue, ainsi qu'à la réviser dans des conditions contrôlées après une longue période d'inactivité et de me référer aux supports pédagogiques du cours que j'ai suivi pour rester à jour et me remémorer les informations importantes.
2. Connaître mes lieux de plongée. Si ce n'est pas le cas, j'obtiendrai une orientation formelle auprès de plongeurs locaux connaissant bien l'environnement local. Si ces conditions de plongée s'avèrent être plus difficiles que celles auxquelles je suis habitué(e), annuler la plongée, ou choisir un autre site présentant de meilleures conditions. M'engager seulement dans des activités compatibles avec mon niveau de pratique et d'expérience. Ne pas faire de plongée en grotte ou de la plongée technique si je n'y suis pas spécifiquement entraîné.
3. Utiliser un équipement complet, bien entretenu, parfaitement fiable, auquel je suis habitué, puis vérifier avant chaque plongée qu'il soit bien réglé et qu'il fonctionne parfaitement. Disposer d'un système de contrôle de la flottabilité, d'un inflateur moyenne pression, d'un manomètre immergeable, d'une source d'air de secours et d'un planificateur de plongée/dispositif de contrôle (ordinateur de plongée, table RDP/tables de plongée, selon votre niveau de formation) pour la plongée en scaphandre. Ne pas accepter que des plongeurs non qualifiés utilisent mon matériel.
4. Écouter attentivement les briefings de plongée et les instructions, et suivre les conseils de ceux qui me supervisent pendant mes activités de plongée. Admettre qu'une formation supplémentaire est recommandée pour participer aux activités des plongées spécialisées dans d'autres zones géographiques et après une période d'inactivité supérieure à six mois.
5. Pratiquer le système de plongée en binômes lors de chaque plongée. Planifier les plongées avec mon binôme, y compris les moyens de communication, les procédures à suivre en cas de séparation ainsi que les procédures d'urgence.
6. Être compétent dans la planification de la plongée (en utilisant l'ordinateur ou la table de plongée). Planifier toujours des plongées sans palier de décompression tout en y ajoutant une marge de sécurité. Avoir un moyen de vérifier la profondeur et le temps de plongée sous l'eau. Limiter la profondeur maximale atteinte en fonction de mon niveau de formation et de mon expérience. Remonter à une vitesse ne dépassant pas 18 mètres/60 pieds par minute. Être un plongeur SAFE – **S**lowly **A**scend **F**rom **E**very dive - (SÉCURITÉ - Remontez lentement à la fin de chaque plongée). Faire un palier de sécurité comme précaution supplémentaire - habituellement à 5 mètres pendant 3 minutes ou plus.
7. Maintenir une flottabilité adéquate. Ajuster le lestage en surface de manière à être en flottabilité nulle, sans air dans le gilet. Conserver cette flottabilité nulle en immersion. Avoir une flottabilité positive en surface pour me reposer ou nager. Avoir un lestage facile à larguer et établir une flottabilité positive en cas de détresse. Porter au moins un système de signalisation en surface (tel qu'un tube de signalisation gonflable, un sifflet, un miroir).
8. Respirer correctement en plongée. Ne jamais retenir ma respiration avec de l'air comprimé et éviter l'hyperventilation excessive en apnée. Éviter de m'essouffler sous l'eau et plonger selon mes capacités.
9. Utiliser une embarcation, un flotteur, ou tout autre objet flottant comme support de surface lorsque c'est possible.
10. Connaître et respecter les réglementations et lois locales, y compris celles concernant la pêche et les pavillons de plongée.

Je comprends l'importance et le but de ces règles de sécurité. Je reconnais qu'elles sont établies pour ma sécurité et mon bien-être, et que les négliger peut me mettre en danger en plongée.

Signature de l'élève

Date (jour/mois/an)

Signature des parents ou des responsables (si nécessaire)

Date (jour/mois/an)



Déclaration de Responsabilité et Acceptation des Risques/
Acceptation d'Indépendance du Prestataire
FORMATIONS GÉNÉRALES

(EU Version)

Veillez lire attentivement ce document et compléter tous les espaces vides avant de le signer

Déclaration de compréhension et d'acceptation d'indépendance du prestataire

Je comprends et j'accepte que les Membres PADI ("Membres"), comprenant _____ dive centre /resort et/ou tous les PADI Instructors et Divemasters individuels impliqués dans le programme auquel je participe, soient autorisés à utiliser les diverses marques commerciales PADI et à diriger des formations PADI, mais qu'ils ne sont pas des agents, des employés ou des franchisés de PADI EMEA Ltd., PADI Americas, Inc., ou la société mère, ses filiales et sociétés affiliées ("PADI"). Par ailleurs, je comprends que les activités commerciales des Membres sont indépendantes et ne sont ni gérées, ni dirigées par PADI. Bien que PADI établisse les standards des programmes de formation PADI, l'organisation n'a pas le droit de contrôler et n'est pas responsable du déroulement des activités commerciales des Membres, de leur conduite des programmes PADI au jour le jour, ni de la supervision des plongeurs par les Membres ou leurs employés.

Déclaration de Responsabilité et Acceptation des Risques

Cette déclaration vous informe des risques inhérents à la plongée libre et à la plongée en scaphandre autonome. Elle précise aussi les conditions dans lesquelles vous participez à ce programme de plongée à vos propres risques.

Votre signature sur cette déclaration est requise afin de prouver que vous l'avez reçue et lue. Il est important que vous lisiez le contenu de cette déclaration avant de la signer. Si vous ne comprenez pas certains éléments de cette déclaration, veuillez en discuter avec votre moniteur de plongée. Si vous êtes mineur, cette déclaration doit aussi être signée par un parent ou un tuteur.

Avertissement

La plongée libre et la plongée en scaphandre autonome comportent des risques inhérents, qui peuvent aboutir à des blessures graves, voire mortelles.

La plongée à l'air comprimé comporte certains risques inhérents; accidents de décompression, embolies et d'autres accidents dus à la pression peuvent survenir, nécessitant un traitement en chambre de décompression. Il est possible que certaines plongées en milieu naturel, nécessaires à la formation et à l'obtention de brevets, se déroulent sur des sites éloignés d'une chambre de décompression, soit en terme de distance soit de temps, voire les deux. La plongée libre et la plongée en scaphandre autonome sont des activités physiquement éprouvantes, vous allez donc vous dépenser durant ce programme de plongée. Vous devez délivrer une information sincère et complète de vos antécédents médicaux aux instructeurs et au centre de plongée qui proposent ce programme.

Acceptation des Risques

Je comprends et j'accepte que ni les professionnels de la plongée qui dirigent ce programme, _____ instructeur(s), ni le centre de plongée ayant dispensé ce programme, _____ dive centre/resort, ni PADI EMEA Ltd., ni PADI Americas, Inc., ni leurs sociétés affiliées ou filiales, ni aucun de leurs employés respectifs, administrateurs, mandataires ou ayants droit ne pourront être tenus responsables en aucune manière de tout décès, blessure ou autre dommage subi par moi-même si c'est le résultat de ma conduite ou de tout élément ou condition sous mon contrôle qui constituerait une faute ou une négligence contributive de ma part.

En l'absence de toute négligence ou de tout autre manquement de la part des professionnels de la plongée dirigeant ce programme, _____ instructeur(s), du centre de plongée ayant dispensé ce programme, _____ dive centre /resort, de PADI EMEA Ltd., de PADI Americas, Inc., et de toutes les parties citées ci-dessus, ma participation à ce programme de plongée est entièrement à mes propres risques et périls.

JE CONFIRME LA RÉCEPTION DE CETTE DÉCLARATION DE COMPRÉHENSION ET D'ACCEPTATION D'INDÉPENDANCE DU PRESTATAIRE, AINSI QUE LA DÉCLARATION DE RESPONSABILITÉ ET ACCEPTATION DES RISQUES ET AFFIRME AVOIR LU TOUTES LES CLAUSES AVANT DE LES SIGNER.

Nom du participant (veuillez écrire lisiblement)

Signature du participant

Date (jour/mois/année)

Signature du parent/tuteur (si applicable)

Date (jour/mois/année)

Examen Médical du Plongeur | Questionnaire

La plongée sous-marine et l'apnée récréative nécessitent une bonne santé physique et mentale. Il y a quelques conditions médicales qui peuvent être dangereuses pendant la plongée, énumérées ci-dessous. Ceux qui ont ou sont prédisposés à l'une de ces conditions doivent être évalués par un médecin. Ce questionnaire médical pour plongeurs fournit une base pour déterminer si vous devez demander cette évaluation. Si vous avez des inquiétudes concernant votre condition physique pour la plongée qui ne sont pas prises sur ce formulaire, consultez votre médecin avant de plonger. Si vous vous sentez mal, évitez de plonger. Si vous pensez avoir possiblement une maladie contagieuse, protégez-vous et protégez les autres en ne participant pas à la formation et / ou aux activités de plongée. Les références à la «plongée» sur ce formulaire englobent à la fois la plongée sous-marine de loisir et l'apnée. Ce formulaire est principalement conçu comme une évaluation médicale initiale pour les nouveaux plongeurs, mais convient également aux plongeurs qui suivent une formation continue. Pour votre sécurité et celle des autres personnes susceptibles de plonger avec vous, répondez honnêtement à toutes les questions.

Instructions

Remplissez ce questionnaire préalablement à un cours de plongée sous-marine ou d'apnée.

Note aux femmes: Si vous êtes enceinte ou tentez de devenir enceinte, ne plongez pas.

1	J'ai eu des problèmes pulmonaires, respiratoires, cardiaques et/ou sanguins affectant mes performances physiques ou mentales normales.	Oui <input type="checkbox"/> Allez à la case A	Non <input type="checkbox"/>
2	Je suis âgé de plus de 45 ans.	Oui <input type="checkbox"/> Allez à la case B	Non <input type="checkbox"/>
3	J'ai du mal à faire des efforts physiques modérés (par exemple, marcher 1,6 km en 14 minutes ou nager 200 mètres sans me reposer), ou: je n'ai pas pu participer à une activité physique normale pour des raisons de forme physique ou de santé depuis 12 mois.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
4	J'ai eu des problèmes aux yeux, aux oreilles, aux conduites nasales ou sinus.	Oui <input type="checkbox"/> Allez à la case C	Non <input type="checkbox"/>
5	J'ai subi une intervention chirurgicale au cours des 12 derniers mois; ou: j'ai des problèmes chroniques liés à une intervention chirurgicale antérieure.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
6	J'ai des pertes de connaissance, j'ai (eu) des migraines, des convulsions, un accident vasculaire cérébral, un traumatisme crânien important ou je souffre de lésions ou maladies neurologiques persistantes.	Oui <input type="checkbox"/> Allez à la case D	Non <input type="checkbox"/>
7	Je suis actuellement sous traitement (ou j'ai eu besoin d'un traitement au cours des cinq dernières années) pour des problèmes psychologiques, des troubles de la personnalité, des crises de panique ou une dépendance à la drogue ou à l'alcool; ou, on m'a diagnostiqué un trouble d'apprentissage ou du développement.	Oui <input type="checkbox"/> Allez à la case E	Non <input type="checkbox"/>
8	J'ai eu des problèmes de dos, une hernie, des ulcères ou du diabète.	Oui <input type="checkbox"/> Allez à la case F	Non <input type="checkbox"/>
9	J'ai eu des problèmes d'estomac ou d'intestin, y compris une diarrhée récente.	Oui <input type="checkbox"/> Allez à la case G	Non <input type="checkbox"/>
10	Je prends des médicaments sur ordonnance médicale (à l'exception des contraceptifs ou des antipaludéens autres que la méfloquine (Lariam)).	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>

Signature du participant

Si vous avez répondu NON pour les 10 questions ci-dessus, une évaluation médicale n'est pas requise. Veuillez lire et accepter la déclaration du participant ci-dessous en la signant et en la datant.

Déclaration du participant: J'ai répondu honnêtement à toutes les questions et je comprends que j'accepte la responsabilité des conséquences résultant de toute question à laquelle j'ai répondu de manière inexacte, ou de mon omission de divulguer tout problème de santé existant ou passé.

Signature du participant (ou, si mineur, signature du parent / tuteur du participant) requise

Date (jj/mm/aaaa)

Nom du participant (en CAPITALES)

Date de naissance (jj/mm/aaa)

Nom de l'Instructeur (en CAPITALES)

Nom de l'Institution (en CAPITALES)

* **Si vous avez répondu OUI** aux questions 3, 5 ou 10 ci-dessus OU à l'une des questions de la page 2, veuillez lire et accepter la déclaration ci-dessus en la signant et en la datant ET amenez les trois pages de ce formulaire (Questionnaire du participant et Évaluation du médecin) à votre médecin pour une évaluation médicale. La participation à un cours de plongée nécessite l'approbation de votre médecin.

Examen Médical du Plongeur | Suite du Questionnaire du participant

CASE A - J'AI / J'AI EU:		
Chirurgie thoracique, chirurgie cardiaque, chirurgie des valves cardiaques, dispositif médical implantable (par exemple, stent, stimulateur cardiaque, neurostimulateur), pneumothorax et/ou maladie pulmonaire chronique.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Asthme, respiration sifflante, allergies graves, rhume des foins ou voies respiratoires congestionnées au cours des 12 derniers mois, qui limitent mon activité physique / exercice.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Un problème ou une maladie touchant mon cœur tels que: angine de poitrine, douleur thoracique à l'effort, insuffisance cardiaque, œdème pulmonaire d'immersion, crise cardiaque ou accident vasculaire cérébral; ou: je prends des médicaments pour toute affection cardiaque.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Bronchite récurrente et toux actuelle au cours des 12 derniers mois; ou: on m'a diagnostiqué d'un emphysème.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Symptômes affectant mes poumons, ma respiration, mon cœur et/ou mon sang au cours des 30 derniers jours qui altèrent mes performances physiques ou mentales	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
CASE B – J'AI PLUS DE 45 ANS ET:		
Je fume ou j'inhale de la nicotine par d'autres moyens.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
J'ai un taux de cholestérol élevé.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
J'ai une tension artérielle élevée.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
J'ai eu un parent proche décédé subitement ou d'une maladie cardiaque ou d'un accident vasculaire cérébral avant l'âge de 50 ans; ou: j'ai des antécédents familiaux de maladie cardiaque avant l'âge de 50 ans (y compris des troubles du rythme cardiaque, une maladie coronarienne ou une cardiomyopathie).	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
CASE C – J'AI / J'AI EU:		
Une chirurgie des sinus au cours des 6 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une maladie ou chirurgie de l'oreille, une perte auditive ou des problèmes d'équilibre.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une sinusite récurrente au cours des 12 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une chirurgie oculaire au cours des 3 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
CASE D – J'AI / J'AI EU:		
Un traumatisme crânien avec perte de conscience au cours des 5 dernières années.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une lésion ou maladie neurologique persistante.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Des migraines récurrentes au cours des 12 derniers mois, ou: je prends des médicaments pour les prévenir.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Des syncopes, absences ou évanouissements (perte totale ou partielle de la conscience) au cours des 5 dernières années.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une épilepsie, ou des convulsions; ou: je prends des médicaments pour les prévenir.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
CASE E – J'AI / J'AI EU:		
Des problèmes de comportement, des problèmes mentaux ou psychologiques nécessitant un traitement médical et/ou psychiatrique.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une dépression majeure, des idées suicidaires, des attaques de panique, un trouble bipolaire non contrôlé nécessitant un traitement médicamenteux ou psychiatrique.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Un diagnostic de problème de la santé mentale ou un trouble d'apprentissage ou de développement qui nécessite des soins continus, ou des mesures d'adaptation particulières.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une dépendance à la drogue ou à l'alcool nécessitant un traitement au cours des 5 dernières années.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
CASE F – J'AI / J'AI EU:		
Des problèmes de dos récurrents au cours des 6 derniers mois qui limitent mon activité quotidienne..	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une chirurgie du dos ou de la colonne vertébrale au cours des 12 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Un diabète, contrôlé par médicament ou par régime; ou: un diabète gestationnel au cours des 12 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une hernie non corrigée qui limite mes capacités physiques.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Des ulcères cutanés actifs ou non traités, des plaies chroniques ou une intervention chirurgicale pour ulcère au cours des 6 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
CASE G – J'AI EU:		
Une chirurgie pour stomie (gastrostomie, colostomie ou nephrostomie) sans avoir déjà l'autorisation médicale pour nager ou faire des activités physiques.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une déshydratation nécessitant une intervention médicale au cours des 7 derniers jours.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Des ulcères gastriques ou intestinaux actifs ou non traités; ou: traitement chirurgical de ces ulcères au cours des 6 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Des brûlures d'estomac fréquentes, régurgitation ou reflux gastro-œsophagien (RGO).	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une colite ulcéreuse active ou non contrôlée; ou: Maladie de Crohn.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une chirurgie bariatrique au cours des 12 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>