



## FICHE DE PARTICIPATION AU PROGRAMME ADVENTURES IN DIVING

(à usage exclusif des Instructeurs PADI)

SVP: ECRIRE LISIBLEMENT OU TAPER A LA MACHINE

Nom / Prénom (plongeur) \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Pays \_\_\_\_\_ Code Postale \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Date de naissance (J/M/A) \_\_\_\_\_ Sexe  M  F

Tel. priv. (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. prof. (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### Notes à l'attention de l'Instructeur PADI

- Cette fiche est réservée à l'usage exclusif des instructeurs. A conserver dans vos archives. Elle ne doit pas être envoyée à PADI pour l'obtention du brevet Adventures in Diving.
- Utilisez cette fiche pour garder une preuve d'obtention par le plongeur élève, des conditions requises pour les cours.
- Référez-vous au "Guide de l'Instructeur pour le Programme Adventures in Diving" contenu dans votre *Manuel de l'Instructeur* PADI pour les standards généraux du cours et pour la liste complète des conditions requises de certification.

#### Plongée en Altitude

Révisions des connaissances  Date de réalisation de la plongée \_\_\_\_\_ Nom de l'Instructeur \* \_\_\_\_\_

Signature du plongeur \*\* \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

#### AWARE – Identification des Poissons

Révisions des connaissances  Date de réalisation de la plongée \_\_\_\_\_ Nom de l'Instructeur \* \_\_\_\_\_

Signature du plongeur \*\* \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

#### Plongée depuis un Bateau

Révisions des connaissances  Date de réalisation de la plongée \_\_\_\_\_ Nom de l'Instructeur \* \_\_\_\_\_

Signature du plongeur \*\* \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

#### Plongée Profonde (Plongée requise pour le brevet Advanced Open Water Diver)

Révisions des connaissances  Date de réalisation de la plongée \_\_\_\_\_ Nom de l'Instructeur \* \_\_\_\_\_

Signature du plongeur \*\* \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

#### Plongée Digital Underwater Photography

Révisions des connaissances  Date de réalisation de la plongée \_\_\_\_\_ Nom de l'Instructeur \* \_\_\_\_\_

Signature du plongeur \*\* \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

#### Scoter Sous-Marin

Révisions des connaissances  Date de réalisation de la plongée \_\_\_\_\_ Nom de l'Instructeur \* \_\_\_\_\_

Signature du plongeur \*\* \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

#### Plongée en Dérive

Révisions des connaissances  Date de réalisation de la plongée \_\_\_\_\_ Nom de l'Instructeur \* \_\_\_\_\_

Signature du plongeur \*\* \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

#### Plongée en Vêtement Etanche

Révisions des connaissances  Date de réalisation de la plongée \_\_\_\_\_ Nom de l'Instructeur \* \_\_\_\_\_

Signature du plongeur \*\* \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Plongée à l'Air Enrichi**Révisions des connaissances  Date de réalisation de la plongée \_\_\_\_\_ Nom de l'Instructeur \* \_\_\_\_\_

Signature du plongeur \*\* \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Plongée à Multiniveaux et avec Ordinateur de Plongée**Révisions des connaissances  Date de réalisation de la plongée \_\_\_\_\_ Nom de l'Instructeur \* \_\_\_\_\_

Signature du plongeur \*\* \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Plongée National Geographic** (dirigé dans un PADI National Geographic Dive Center)Révisions des connaissances  Date de réalisation de la plongée \_\_\_\_\_ Nom de l'Instructeur \* \_\_\_\_\_

Signature du plongeur \*\* \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Plongée de Nuit**Révisions des connaissances  Date de réalisation de la plongée \_\_\_\_\_ Nom de l'Instructeur \* \_\_\_\_\_

Signature du plongeur \*\* \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Maîtrise de la Flottabilité**Révisions des connaissances  Date de réalisation de la plongée \_\_\_\_\_ Nom de l'Instructeur \* \_\_\_\_\_

Signature du plongeur \*\* \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Recherche et Recupération d'Objets**Révisions des connaissances  Date de réalisation de la plongée \_\_\_\_\_ Nom de l'Instructeur \* \_\_\_\_\_

Signature du plongeur \*\* \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Naturalisme Sous-Marin**Révisions des connaissances  Date de réalisation de la plongée \_\_\_\_\_ Nom de l'Instructeur \* \_\_\_\_\_

Signature du plongeur \*\* \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Plongée d'Orientation Sous-Marine** (Plongée requise pour le brevet Advanced Open Water Diver)Révisions des connaissances  Date de réalisation de la plongée \_\_\_\_\_ Nom de l'Instructeur \* \_\_\_\_\_

Signature du plongeur \*\* \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Photographie Sous-Marine**Révisions des connaissances  Date de réalisation de la plongée \_\_\_\_\_ Nom de l'Instructeur \* \_\_\_\_\_

Signature du plongeur \*\* \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Vidéographie Sous-Marine**Révisions des connaissances  Date de réalisation de la plongée \_\_\_\_\_ Nom de l'Instructeur \* \_\_\_\_\_

Signature du plongeur \*\* \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Plongée sur Epave**Révisions des connaissances  Date de réalisation de la plongée \_\_\_\_\_ Nom de l'Instructeur \* \_\_\_\_\_

Signature du plongeur \*\* \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

\* Nom et numéro de l'instructeur PADI certifiant que les conditions requises ont été atteintes. La confirmation provient des Attestations de Formation Pratique de la Plongée Adventure Dive se trouvant dans le carnet de plongée du plongeur PADI.

\*\* "Je certifie avoir réalisé toutes les Performances Requises pour cette Plongée Adventure Dive. Je suis conscient qu'il y a encore beaucoup de choses à apprendre sur ce type de plongée et qu'un cours de Spécialité PADI sur ce thème est fortement recommandé."



## 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"/><br>Allez à la case <b>A</b> | Non <input type="checkbox"/> |
| 2  | Je suis âgé de plus de 45 ans.   | Oui <input type="checkbox"/><br>Allez à la case <b>B</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"/><br>Allez à la case <b>C</b> | 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"/><br>Allez à la case <b>D</b> | 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"/><br>Allez à la case <b>E</b> | Non <input type="checkbox"/> |
| 8  | J'ai eu des problèmes de dos, une hernie, des ulcères ou du diabète.   | Oui <input type="checkbox"/><br>Allez à la case <b>F</b> | Non <input type="checkbox"/> |
| 9  | J'ai eu des problèmes d'estomac ou d'intestin, y compris une diarrhée récente.   | Oui <input type="checkbox"/><br>Allez à la case <b>G</b> | 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

|  |                                |                              |
|--|--------------------------------|------------------------------|
| <b>CASE A - J'AI / J'AI EU:</b>  |                                |                              |
| 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"/> |
| <b>CASE B – J'AI PLUS DE 45 ANS ET:</b>  |                                |                              |
| 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"/> |
| <b>CASE C – J'AI / J'AI EU:</b>  |                                |                              |
| 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"/> |
| <b>CASE D – J'AI / J'AI EU:</b>  |                                |                              |
| 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"/> |
| <b>CASE E – J'AI / J'AI EU:</b>  |                                |                              |
| 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"/> |
| <b>CASE F – J'AI / J'AI EU:</b>  |                                |                              |
| 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"/> |
| <b>CASE G – J'AI EU:</b>   |                                |                              |
| 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"/> |