



DÉCLARATION MÉDICALE POUR LA PRATIQUE DE L'APNÉE SPORTIVE

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ Sexe : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code Postal : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Je reconnais avoir été informé(e) des risques liés à la pratique de l'apnée sportive.

Je comprends que cette activité peut comporter des contraintes physiques importantes et que je dois être en bonne condition physique pour y participer.

Pour les mineurs, la signature d'un parent ou tuteur est obligatoire.

⚠ Veuillez cocher les éléments qui s'appliquent à vous :

- ☐ Antécédents cardiaques ou problèmes de pression artérielle
- ☐ Problèmes pulmonaires ou respiratoires (asthme, pneumothorax, etc.)
- ☐ Allergies ou crises d'allergies sévères
- ☐ Épilepsie, convulsions ou migraines fréquentes
- ☐ Diabète ou troubles métaboliques
- ☐ Problèmes ORL affectant la compensation (sinus, oreilles, etc.)
- ☐ Problèmes d'équilibre, d'oreille interne ou mal des transports
- ☐ Antécédents de perte de connaissance, évanouissements
- ☐ Interventions chirurgicales récentes (thorax, dos, tête, etc.)
- ☐ Douleurs chroniques ou limitations fonctionnelles
- ☐ Prise de médicaments régulière
- ☐ Troubles psychiatriques, anxiété sévère ou phobies (ex : claustrophobie)
- ☐ Antécédents d'accident en plongée ou activité subaquatique

- ☐ Consommation problématique d'alcool ou de substances
- ☐ Je certifie que les renseignements fournis sont exacts et complets.
- ☐ Je m'engage à informer mon instructeur de tout changement relatif à ma santé.
- ☐ Je reconnais avoir été encouragé à consulter un professionnel de la santé avant de débiter l'activité si j'ai un doute sur ma condition physique.

Date : _____

Signature du participant : _____

Signature du parent ou tuteur légal (si mineur) : _____