



Nr CAS: Nr FEBRAS Inscription CAS : Ancienneté :
[N° à rappeler lors de paiement par virement]

Nom, Prén:

Adresse :

Code postal, Localité :

Pays : Autorisation Parentale à compléter

Téléphone: Mobile :

Naissance date/lieu: à

Profession :

Nationalité : REG. NATIONAL:

@-mail:

Brevet : Date V.M. Date ECG

Résident Vodolée

Type de cotisation :	1	cotisation	2011/2012 (16mois)	2012
Montant :	140,00 €	1er membre	224€	143€
		membre suivant	174€	93€
		moins de 18 ans	184€	103€

Type de Paiement : **Virement au cpte : 310-0771895-55**

Date de Paiement : IBAN: BE31310077189555 BIC: BBRUBEBB

Type de membre Cocher si NE DESIRE PAS recevoir L' HYPPOCAMPE :

Membre Effectif Non Electeur

Dates de participation aux activités : Sélectionner deux dates Accueil et / ou Gonflage
Accueil : Gonflage :

A REMETTRE AU SECRETAIRE

Historique Brevets Informations diverses

Brevet	D. Homologation	D. Homologation
Dauph. Br	<input type="text"/>	ETANCHE: <input type="text"/>
Dauph. Ar :	<input type="text"/>	Cert. ENFANT: <input type="text"/>
Dauph. Or :	<input type="text"/>	N° ASS. DAN: <input type="text"/>
1* :	<input type="text"/>	N° Instruc. DAN <input type="text"/>
2* : PPA	<input type="text"/>	D. Lic. Navigat <input type="text"/>
3* : <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	N° Lic. Navigat <input type="text"/>
4* :	<input type="text"/>	
AM :	<input type="text"/>	
M.C. :	<input type="text"/>	Niveau Type
M.F. :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
M.N. :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PI. Nitrox	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PI. Nitrox Conf.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ins. Nitrox	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ins. Nitrox Conf.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Taille polo ?
(S / M / L / XL / XXL)

Sec. Plongeur	D. Recyclage	Membre Commission
B.E.P.S. / B.L.S.	<input type="text"/>	APNEE: <input type="checkbox"/> N
Dan O2 :	<input type="text"/>	AUDIO VISUEL <input type="checkbox"/> N
ADV O2 :	<input type="text"/>	FEMININ <input type="checkbox"/> N
A.E.D :	<input type="text"/>	HOCKEY: <input type="checkbox"/> N
C.F.P.S. :	<input type="text"/>	MEDICALE <input type="checkbox"/> N
		NAGE: <input type="checkbox"/> N
		PLONGEE: <input type="checkbox"/> O
		SCIENTIFIQUE <input type="checkbox"/> N
		TSA: <input type="checkbox"/> N

Remarques :

Par la présente, le soussigné déclare accepter:

- Les statuts et règlements du C.A.S. et l'en dégage de toute responsabilité en cas de vol pouvant survenir sur les lieux d'activités du club.
- De répondre, durant toute l'année, aux exigences médicales demandées par la LIFRAS.
- Que les dates de participation aux activités données sont fixes et je m'engage à trouver un remplaçant si je ne peux les honorer.

Pour les mineurs d'âge, l'autorisation parentale est requise. Le formulaire adéquatement rempli et signé, devra être joint au présent bulletin.

Date : / /

Signature:

Personne à contacter en cas d'accident :

Nom / Prénom

Adresse :

C.P. / Localité:

Téléphone : Mobile :

Lien parenté :

(*)Veillez compléter ou corriger les données erronées.



C.A.S.

Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Brevet : ----- Signature du membre
 Nr de registre des brevets : 0
 Date : [] / [] / []

ATTESTATION MEDICALE

Je déclare avoir pris connaissance des directives concernant les aptitudes à la plongée sous-marines reprises ci-joint.

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le membre, dont références ci-dessus :

- A subi un E.C.G. à l'effort le [] / [] / []
- Est apte à pratiquer la plongée en scaphandre autonome en eaux libres
- Est apte à suivre uniquement l'entraînement piscine
- Est inapte temporairement jusqu'au : [] / [] / []
- Est inapte définitivement

Remarque(s) :

Date : [] / [] / []

CACHET

SIGNATURE

APTITUDE MEDICALE A LA PLONGEE

L'examen médical n'a d'autre but que de permettre la pratique de la plongée sous-marine au moindre risque pour le candidat. Il est fait pour la sécurité des plongeurs. Il y a donc lieu, pour le candidat, de répondre aux questions du médecin avec soin et sincérité.

Le médecin examinateur portera une attention particulière sur les points suivants, sachant qu'ils représentent des contre-indications relatives ou absolues, mettant la vie du candidat en danger :

- Toutes formes d'asthme ;
- Les pneumothorax et les « trappes à air » pulmonaires ;
- Les infections pulmonaires ;
- Toutes maladies, malformations ou opérations réduisant les échanges pulmonaires ;
- Les affections de la sphère O.R.L., en particulier celles entraînant des vertiges ;
- Les difficultés de compensation de la pression aux oreilles et aux sinus ;
- Les caries et plombages en mauvais état ;
- Les maladies cardiaques ou circulatoires responsables de shunts gauches-droits, d'une réduction de la perfusion myocardique, d'artérites ou tous autres troubles de la perfusion tissulaire ;
- L'hypertension artérielle non traitée ;
- Le diabète, même traité (insulino-dépendant ou non) ;
- Les maladies neurologiques dégénératives ;
- L'épilepsie et les convulsions (même en traitement) ;
- Les dépressions nerveuses et les maladies mentales ;
- L'abus d'alcool ou l'utilisation de « drogues » ;
- Les troubles importants du métabolisme lipidique non traités ;
- Les fractures non guéries ou datant de moins de six mois ;
- Les antécédents d'accidents de plongée ;
- La prise régulière de certains médicaments ;
- Les ulcères évolutifs du tractus digestif ;
- La grossesse ;
- Les glaucomes à angle fermé.

Il est recommandé au médecin examinateur :

.De pratiquer tout examen complémentaire qu'il jugerait indispensable,

.D'inviter le candidat à contresigner la déclaration.

En cas de litige ou de désaccord, le médecin examinateur et/ou le candidat peuvent soumettre le dossier médical à la Commission Médicale de la ligue LIFRAS qui statuera en dernier ressort.

La liste des médecins spécialisés est disponible au secrétariat LIFRAS.

Secrétariat LIFRAS.
 Rue Jules Broeren 38 - 1070 Bruxelles Tel. 02/521.70.21
 @mail : lifras@lifras.be - site : www.lifras.be