

QUESTIONNAIRE DE SORTIE CLUB

Date et lieu de plongée : au à

Nom et Prénom :

Date de Naissance : **Lieu de Naissance** :

Adresse :

N° de tel :

N° de Sécurité Social :

Personne à prévenir en cas d'accident

Nom et Prénom :

Adresse :

N° de tel :

Lien de parenté :

N° de Licence :

Nombre de plongées : **Date de la dernière plongée en mer** :

Présenter vous des allergies ...OUI / NON.... **Préciser**

Etes vous allergique à l'aspirine ? ...OUI / NON

Prenez vous actuellement des médicaments ...OUI / NON**Préciser ?**.....

Etes vous à jour de vos vaccins ? (surtout antitétanique) ...OUI / NON

Date de dernier certificat de non contre indication à la pratique de la plongée en scaphandre

Par un médecin fédéral ou titulaire d'un CES de médecine du sport : OUI / NON

Assurance complémentaire si oui laquelle :

Catégorie

Date et signature, précédés de : (je certifie sincères et véritables les renseignements ci-dessus) :