

Fiche d'inscription annuelle (1/3)

Année :

<u>NOM</u> :	<u>PRENOM</u> :	<u>DATE DE NAISSANCE</u> :	<u>SEXE</u> :
<u>ADRESSE</u> :			<u>N°</u> :
<u>CODE POSTAL</u> :	<u>VILLE</u> :	<u>PAYS</u> :	
<u>TELEPHONE</u> :	<u>FAX</u>	<u>SIGNATURE DU MEMBRE</u> 	
	:		
<u>GSM</u> :	<u>E-MAIL</u>		

Pour les mineurs d'âge (à l'inscription) :

<u>NOM ET PRENOM DU RESPONSABLE LEGAL</u> :		
<u>ACCORD PARENTAL / TUTEUR(S)</u> :		
<u>ADRESSE COMPLETE</u> :		
<u>N° DE TELEPHONE (URGENCE)</u> : 1	/ 2	/ 3
<u>SIGNATURE DE LA PERSONNE REPOSABLE</u>		

AFFILIATION "ZANCLUS" COMPTE N° 776-5905901-56 (payable en trois mensualités successives)

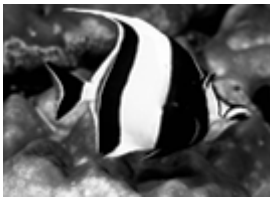
Voir le montant de l'affiliation sur notre site ⇨⇨⇨<http://www.zanclus.be> ⇨ Le Zanclus ⇨ Les conditions d'accès

MONTANT TOTAL (*) :	€	1 DATE (*) :	MONTANT (*) :	€
		2 DATE (*) :	MONTANT (*) :	€
		3 DATE (*) :	MONTANT (*) :	€

(*) Montant contrôlé par le responsable du ZANCLUS

COTISATIONS NAUI (LEADERSHIP)

DATE:	NIVEAU :	MONTANT :	€
DATE:	NIVEAU :	MONTANT :	€



Fiche d'inscription annuelle (2/3)

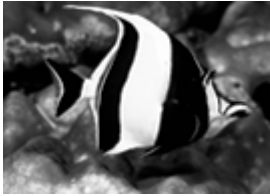
APPARTENANCE(S) EN ORDRE ADMINISTRATIVEMENT (*)

NAUI	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
CEDIP/ ETDA	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
CROIX ROUGE	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
AUTRE FEDERATION

(*) Preuve à joindre

BREVET(S)/SPECIALISATION(s) ET DATE D'OBTENTION

<input type="checkbox"/> Passeport Scuba Diver :	<input type="checkbox"/> Plongée profonde :
<input type="checkbox"/> Discover Scuba Diver :	<input type="checkbox"/> Plongée sur épaves-avec pénétration: -sans pénétration:
<input type="checkbox"/> Junior Skin Diver :	<input type="checkbox"/> Plongée photo – vidéo :
<input type="checkbox"/> Skin Diver :	
<input type="checkbox"/> Skin Diving Instructor :	<input type="checkbox"/> <u>Rescue Divre</u> :
	<input type="checkbox"/> <u>Rescue Diver (recycl.)</u> :
<input type="checkbox"/> Junior Scuba Diver :	<input type="checkbox"/> <u>Advanced Rescue Diver</u> :
<input type="checkbox"/> Scuba Diver :	<input type="checkbox"/> <u>Advanced Rescue Diver (recycl.)</u> :
<input type="checkbox"/> Advanced Scuba Diver :	
<input type="checkbox"/> Master Scuba Diver :	<input type="checkbox"/> Nitrox :
<input type="checkbox"/> Divemaster:	<input type="checkbox"/> O ² Provider DAN :
<input type="checkbox"/> Assistant Instructor :	<input type="checkbox"/> O ² Provider DAN (recycl) :
<input type="checkbox"/> Instructor :	
<input type="checkbox"/> Instructor Trainer :	<input type="checkbox"/> Brevet ETDA :
<input type="checkbox"/> Course Director :	



Fiche d'inscription annuelle (3/3)

FICHE D'ANTECEDENTS MEDICAUX

Déclaration d'antécédents médicaux : Je suis conscient que la plongée sous-marine en apnée et autonome constituent des activités exigeant des efforts intenses et impliquant des changements de pression importants et que disposer d'un cœur, de poumons, d'oreilles et de sinus normalement constitués et en bonne santé est essentiel à ma sécurité et à mon bien-être. Je confirme par le présent acte qu'à ma connaissance, mes systèmes circulatoire et respiratoire et espaces aériens sont en bonne santé et normalement constitués et que je ne souffre d'aucun trouble psychologique ou neurologique grave, ni de maladie contagieuse. Je suis également conscient que dans le cas où je ne serais pas certain d'être en forme physique suffisante pour me soumettre à une activité aussi rigoureuse et exigeante que la plongée sous-marine, il serait indispensable que je reçoive l'approbation inconditionnelle d'un médecin diplômé. Veillez écrire O (oui) ou N (non) devant chaque proposition et accompagner chaque réponse affirmative d'une explication dans le cadre réservé à cet effet (remarques).

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> troubles de comportement | <input type="checkbox"/> bronchite | <input type="checkbox"/> verres de contact |
| <input type="checkbox"/> claustrophobie | <input type="checkbox"/> tuberculose | <input type="checkbox"/> dentier |
| <input type="checkbox"/> agoraphobie | <input type="checkbox"/> problèmes respiratoires | <input type="checkbox"/> handicap physique |
| <input type="checkbox"/> migraines | <input type="checkbox"/> problèmes de dos | <input type="checkbox"/> blessure grave |
| <input type="checkbox"/> épilepsie | <input type="checkbox"/> opération du dos | <input type="checkbox"/> plus de 40 ans |
| <input type="checkbox"/> troubles de l'oreille | <input type="checkbox"/> asthme | <input type="checkbox"/> hépatite |
| <input type="checkbox"/> problèmes d'ouïe | <input type="checkbox"/> diabète | <input type="checkbox"/> séropositif |
| <input type="checkbox"/> dérèglement de la tension de compensation | <input type="checkbox"/> ulcère | <input type="checkbox"/> prise régulière de médicaments |
| <input type="checkbox"/> problèmes de sinus | <input type="checkbox"/> colostomie | <input type="checkbox"/> allergies à certains médicaments |
| <input type="checkbox"/> rhume des foins aigu | <input type="checkbox"/> hernie | <input type="checkbox"/> abus d'alcool, drogues, médicaments. |
| <input type="checkbox"/> problèmes cardiaques | <input type="checkbox"/> étourdissement | <input type="checkbox"/> opération du cœur |
| <input type="checkbox"/> évanouissements | <input type="checkbox"/> hypertension | <input type="checkbox"/> mal des transports |
| <input type="checkbox"/> enceinte | <input type="checkbox"/> opération récente | <input type="checkbox"/> opération de la colonne vertébrale |
| <input type="checkbox"/> angine | <input type="checkbox"/> hospitalisation | |
| <input type="checkbox"/> autre antécédent médical non repris | <input type="checkbox"/> participation à une activité refusée pour des raisons de santé | |

Remarques :

Liste des médicaments que vous prenez actuellement :

- Je certifie qu'à ma connaissance, les informations reprises ci-dessus sont correctes.
 Je suis mineur et un parent, tuteur ou représentant légal a signé en mon nom ci-dessous.

VISITE MEDICALE SIMPLE	DATE :	MEDECIN ^(*) : Dr.....
EXAMENS SPECIALISES	DATE :	MEDECIN ^(*) : Dr.....
	DATE :	MEDECIN ^(*) : Dr.....
	DATE :	MEDECIN ^(*) : Dr.....

(*) cachet et signature

SIGNATURE DU MEMBRE

SIGNATURE DE LA PERSONNE REONSABLE

Date :

Date :