

NOM : PRENOM :

Niveau de Plongée : Date certificat médical :

N° de Licence :

Suivez-vous un traitement de moyenne ou longue durée : oui non

Si oui, il est IMPERATIF d'en parler avec le médecin qui établit votre certificat médical (CACI) pour la plongée.

Le certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique de la Plongée peut être établi par tout médecin. Il est valable 1 an et doit obligatoirement être rédigé sur le modèle de la fédération pour les - de 14 ans et vivement conseillé pour tout le monde. Vous devez en conserver un double.

TARIFS 2025-2026 (cocher les cases concernées)

ADHESION + LICENCE AU CLUB :

Tarif Adulte (17 ans et +) 168 €

Tarif Apnée 100 € (créneau codep du mercredi uniquement)

FORMATIONS :

Formation Niveau 1 (carte non comprise) 45 €

Formation Niveau 2 (carte non comprise) 50€

Formation Niveau 3 (carte non comprise) 55 €

ASSURANCE INDIVIDUELLE : FACULTATIVE

Si souscription: à effectuer directement sur le site <https://www.ffessm.lafont-assurances.com/>

Pour information, montant des assurances proposées ci-dessous

Assurance Loisir 1 de base 24,50 € Assurance Loisir 1 Top 46,35 €

Assurance Loisir 2 de base 28,85 € Assurance Loisir 2 Top 57,70 €

Assurance Loisir 3 de base 49,45 € Assurance Loisir 3 Top 95,80 €

REGLEMENT DE L'INSCRIPTION:

ADHESION (inclus Licence): 168€ CHEQUE (ASPTT Limoges Plongée) CB

AUTRE (ANCV, PassSport...)

FORMATION : paiement en ligne sur le site [www.plongee-asptt limoges.fr/les-formations/formations-plongeur](http://www.plongee-asptt-limoges.fr/les-formations/formations-plongeur)

Merci de nous indiquer si vous êtes intéressé par les formations suivantes durant cette Saison :

RIFAP Recyclage RIFAP Nitrox Nitrox Confirmé Initiateur Gonflage

- En signant cette fiche, vous déclarez avoir également pris connaissance du **Règlement Intérieur** de la Section disponible sur notre site internet : http://plongee-asptt-limoges.fr/images/club/reglement_interieur.pdf

DATE :

SIGNATURE :

PAGE BLANCHE
POUR IMPRESSION
RECTO/VERSO

Certificat médical d'Absence de Contre-Indication à la pratique des activités subaquatiques

Je soussigné(e) Docteur :

Exerçant à :

Rayez les mentions inutiles*

médecin,	généraliste*	du sport*	fédéral* n° :
	diplômé de médecine subaquatique*		autre* :

Certifie avoir examiné ce jour :

NOM :

Prénom :

Né(e) le :

et ne pas avoir constaté, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations, de contre-indication cliniquement décelable à la pratique :

De l'ensemble des activités subaquatiques de loisir **en pratique, encadrement et enseignement (*)**
Ou bien seulement (cocher) :

- DES ACTIVITÉS DE PLONGÉE EN SCAPHANDRE AUTONOME
- DES ACTIVITÉS EN APNÉE
- DE L'APNÉE EN PROFONDEUR > 6 METRES
- DES ACTIVITÉS DE NAGE AVEC ACCESSOIRES

(*) rayer éventuellement une des trois mentions si nécessaire

de la ou des activité(s) suivante(s) EN COMPÉTITION (spécifier en toute lettre) :

Pour mémoire les particularités suivantes nécessitent un certificat délivré par un médecin fédéral, du sport ou qualifié :

- TRIMIX hypoxique
- APNÉE en PROFONDEUR > 6 mètres en compétition
- Reprise de l'activité après accident de plongée

Pour la pratique HANDISUB se référer au site : <https://handisub.ffessm.fr>

Des conseils éventuels de prévention ont été délivrés ; s'il existe un risque identifié d'accidents de désaturation, d'œdème pulmonaire d'immersion ou d'un autre accident en référence aux préconisations de la CMPN.

Les préconisations de la FFESSM relatives à l'examen médical préalable à la pratique des activités subaquatiques fédérales, la liste des contre-indications et les conseils relatifs aux restrictions de pratique sont disponibles sur le site de la Commission Médicale et de Prévention Nationale : <https://medical.ffessm.fr>

NOMBRE DE COCHÉE(S) (obligatoire) :

Pour les disciplines à contraintes particulières (plongée scaphandre et apnée en fosse ou milieu naturel), le CACI est obligatoire annuellement pour tous, majeurs et mineurs.

Pour les autres disciplines fédérales non à contraintes particulières, le CACI est obligatoire annuellement pour les pratiquants âgés de 18 ans et plus (questionnaire de santé pour les mineurs).

En cas de modification de l'état de santé ou d'accident de plongée, la validité de ce certificat est suspendue.

En cas de pratique compétitive, l'absence de contre-indication à la pratique en compétition de la discipline concernée devra être spécifiée sur le CACI.

Ce certificat est remis en main propre à l'intéressé ou son représentant

Fait à :

Date :

signature et cachet :

CONTRE-INDICATIONS À LA PLONGÉE EN SCAPHANDRE AUTONOME

	Contre-indications définitives	Contre-indications temporaires ou à évaluer*
Cardiologie	Insuffisance cardiaque symptomatique Cardiomyopathie obstructive Pathologie avec risque de syncope Tachycardie paroxystique BAV II ou complet non appareillé Maladie de Rendu-Osler	Cardiopathie congénitale* Valvulopathies* Coronaropathie* Péricardite et Myocardites * Traitement par anti arythmique* Traitement par bêta bloquant (voie générale ou voie locale)* Shunt droit-gauche* Hypertension artérielle non contrôlée
Oto-Rhino-Laryngologie	Cophose unilatérale Evidement pétro-mastoidien Ossiculoplastie Trachéostomie Laryngocèle Otospongiose opérée Fracture du rocher Destruction labyrinthique uni ou bilatérale Fistule péri-lymphatique Déficit vestibulaire non compensé	Déficit auditif bilatéral* Chirurgie otologique Polypose naso-sinusienne Difficultés tubo-tympaniques pouvant engendrer un vertige alterno barique Crise vertigineuse ou décours immédiat d'une crise vertigineuse Tout vertige non étiqueté Asymétrie vestibulaire > ou = à 50% (consolidé après 6 mois) Perforation tympanique et aérateurs trans-tympaniques Barotraumatisme ou accident de désaturation de l'oreille interne*
Pneumologie	Insuffisance respiratoire Vascularite pulmonaire Maladie bulleuse	Asthme* Pneumothorax spontané ou traumatique* Pathologie infectieuse Pleurésie Traumatisme thoracique ou pulmonaire Pneumopathie fibrosante*
Ophthalmologie	Pathologie vasculaire de la rétine, de la choroïde ou de la papille, non stabilisée, susceptible de saigner Kératocône au-delà du stade 2 Prothèses oculaires ou implants creux	Affections aiguës du globe ou de ses annexes jusqu'à guérison Photokératectomie réfractive et LASIK : 1 mois Phacoémulsification-trabéculéctomie et chirurgie vitro-rétinienne : 2 mois Greffe de cornée : 8 mois Traitement par betabloquant par voie locale*
Neurologie	Épilepsie Pertes de connaissance itératives Effraction méningée neurochirurgicale, ORL ou traumatique Paralysie cérébrale	Traumatisme crânien grave* Maladie de Parkinson, maladie neurodégénérative* Sclérose en plaques* Accident vasculaire cérébral*
Psychiatrie	Affection psychiatrique sévère Éthylisme chronique	Traitement anti-dépresseur, anxiolytique, neuroleptique ou hypnogène* Alcoolisation aiguë, consommation de cannabis ou autres substances addictives Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité* Troubles du comportement alimentaire*
Hématologie	Thrombopénie périphérique, thrombopathie congénitale Phlébites à répétition	Trouble de la crase sanguine découvert lors d'un bilan d'une affection thrombo-embolique Hémophilie* Phlébite non explorée
Gynécologie		Grossesse
Métabolisme	Diabète traité par antidiabétiques oraux hypoglycémiant	Diabète traité par insuline* Diabète traité par biquanides* Dystonie neurovégétative Troubles métaboliques ou endocriniens sévères
Dermatologie	Différentes affections peuvent entraîner des contre-indications temporaires ou définitives, selon leur intensité ou leur retentissement pulmonaire, neurologique ou cardio vasculaire	
Gastro-entérologie		Manchon anti-reflux, chirurgie bariatrique Stomie
Toute prise de médicament ou de substance susceptible de modifier le comportement peut être une cause de contre-indication. La survenue d'une maladie de cette liste nécessite un nouvel examen.		
Toutes les pathologies affectées d'un * doivent faire l'objet d'une évaluation et le certificat médical de non contre-indication ne peut être délivré que par un médecin spécifique tel que défini dans le règlement médical.		
La reprise de la plongée après un accident de désaturation, une surpression pulmonaire, un passage en caisson hyperbare ou autre accident de plongée sévère, nécessitera l'avis d'un médecin fédéral ou d'un médecin spécialisé selon le règlement médical.		

BULLETIN D'ADHÉSION

2025 - 2026

Section : PLONGEE
 Date d'arrivée : _____
 N° : _____
 Par : _____

ACTIVITÉ

- | | | | | | |
|--------------------------------------|--|---|--------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aquagym | <input type="checkbox"/> Cyclotourisme | <input type="checkbox"/> Handi Futsal | <input type="checkbox"/> Karaté | <input type="checkbox"/> Natation | <input type="checkbox"/> Tennis |
| <input type="checkbox"/> Badminton | <input type="checkbox"/> Football/Futsal | <input type="checkbox"/> Hockey-sur-gazon | <input type="checkbox"/> Kidisport | <input type="checkbox"/> Pétanque | <input type="checkbox"/> Water-Polo |
| <input type="checkbox"/> Basket-Ball | <input type="checkbox"/> Gym/Fitness | <input type="checkbox"/> Hockey-sur-glace | <input type="checkbox"/> Lutte | <input checked="" type="checkbox"/> Plongée | <input type="checkbox"/> Danse |
| <input type="checkbox"/> Bowling | <input type="checkbox"/> Golf | <input type="checkbox"/> Judo | <input type="checkbox"/> Musculation | <input type="checkbox"/> Showdown | <input type="checkbox"/> Roller |
| <input type="checkbox"/> Running | | | | | |

Si seconde activité, réduction de 25€ sur la deuxième adhésion : _____

IDENTITÉ DE L'ADHÉRENT

Cadre réservé à l'adhérent

A REMPLIR EN MAJUSCULE !

Création Renouvellement

Nom : _____ Prénom : _____

Genre : Homme / Femme Date naissance : _____ Lieu de naissance (+dep) : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

E-mail : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

Profession : _____ Fonction publique ? Oui Non

La Poste / Identifiant RH : _____ Bénévole encadrant ? Oui (Honorabilité obligatoire) Non

CERTIFICAT MÉDICAL

Cadre réservé au médecin

* Ce certificat médical n'est plus obligatoire pour les mineurs !

MAJEUR : NOUVEL ADHÉRENT OU CHANGEMENT DE DISCIPLINE → OBLIGATION DU CERTIFICAT MÉDICAL

Renouvellement Adhérent (même discipline) : si le certificat date de moins de 3 ans, répondre au questionnaire de santé (en annexe) :

Situation 1 : réponse négative au questionnaire = Pas besoin de certificat médical (cocher la case "Attestation Questionnaire Santé")

Situation 2 : réponse positive au questionnaire = Obligation du certificat médical

"J'atteste avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions du questionnaire de santé, et avoir la connaissance que toute réponse positive entraînera obligatoirement l'obligation de fournir un certificat médical à la pratique du sport et/ou de cette discipline."

FOURNIR CACI JOINT AU DOSSIER

ATTESTATION QUESTIONNAIRE DE SANTE

Certificat médical du (date) : _____ Ou, si vous avez déjà fourni un certificat au club, il y a moins de 3 ans :

Personne majeure : Questionnaire de santé majeur

Personne mineure : Questionnaire de santé mineur

Si le certificat médical est déjà sur la demande de licence de votre fédération, merci de préciser les informations suivantes ou d'en joindre une copie :

DATE : _____

N° du médecin : _____ Nom du médecin : _____

Si non faire remplir par le médecin :

Je soussigné(e), Docteur en Médecine, _____ certifie avoir examiné, ce jour, M/Mme _____

né(e) le _____, et n'avoir pas constaté de signes apparents contre-indiquant la pratique des sports suivants :

Fait à _____ Signature et cachet du médecin :

Le _____

BULLETIN D'ADHÉSION

2025 - 2026

PROTECTION DES DONNÉES

Les données personnelles recueillies, propriété de la FSASPTT, font l'objet d'un traitement informatique par la FSASPTT aux fins de traitement des demandes et de gestion des licenciés. Elles sont destinées aux Clubs, Comités Régionaux et à la FSASPTT. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » et au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD), le demandeur bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui le concernent.

Il peut exercer ces droits en s'adressant à la FSASPTT via l'adresse mail rgpd@asptt.com ou par courrier postal à l'adresse suivante : FSASPTT, Délégué à la Protection des Données (DPO), 5 rue Maurice Grandcoing, 94200 IVRY-SUR-SEINE.

- Je ne souhaite pas que les photos, les vidéos et interviews réalisées dans le cadre de ma participation aux manifestations soient publiées et diffusées à la radio, à la télévision, dans la presse écrite, dans les livres ou sur le site Internet par des moyens de reproduction photomécaniques (droit image).
- Je ne souhaite pas recevoir les informations de mon club ASPTT LIMOGES
- Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part de la FSASPTT.
- Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part des partenaires de la FSASPTT.

CONTRÔLE DE L'HONORABILITE

OBLIGATOIRE si fonctions exercées ci-dessous

J'atteste exercer la ou les fonctions de :

- Encadrant Dirigeant Arbitre Maître-nageur

La licence que je sollicite me permet d'accéder aux fonctions d'éducateur sportif au sens des articles L.212-1 et L.322-1 du Code du Sport. A ce titre, les éléments constitutifs de mon identité seront transmis par la Fédération aux services de l'Etat afin qu'un contrôle automatisé de mon honorabilité au sens de l'article L.212-9 du Code du Sport soit effectué.

- J'ai compris et j'accepte ce contrôle
 Je refuse ce contrôle et renonce de fait à mes fonctions

Je renseigne les données nécessaires au contrôle de mon honorabilité :

Nom et prénom de naissance (si différent de l'usage): _____

Lieu de naissance : _____

Né en France : Département : _____

Commune : _____

Né à l'étranger : Pays : _____

Ville : _____

Si né à l'étranger :

Nom de la mère : _____

Nom du père : _____

Prénom de la mère : _____

Prénom du père : _____

*: toutes les mentions sont obligatoires

CADRE RÉSERVÉ À LA SECTION

N° Licence Délégitaire (**obligatoire**) : _____

Bénévole

Loisir

Compétition

Catégorie : _____

BULLETIN D'ADHÉSION

2025 - 2026

MINEUR

A REMPLIR EN MAJUSCULE !

PÈRE

Nom : _____
 Prénom : _____
 Téléphone portable : _____
 E-mail : _____
 Profession : _____

MÈRE

Nom : _____
 Prénom : _____
 Téléphone portable : _____
 E-mail : _____
 Profession : _____

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) M. ou Mme, _____
 Représentant légal de : _____ certifie lui donner autorisation pour :

- Se licencier à la FSASPTT et adhérer à l'ASPTT Limoges pour toutes les activités ;
- Prendre place dans un véhicule de l'association, ou une voiture particulière, afin d'effectuer les déplacements nécessaires pour les compétitions sportives officielles, amicales, ou de loisirs au cours de la saison.
- J'autorise les responsables à faire procéder à toute intervention médicale d'urgence.

La personne à contacter en cas d'accident est : _____

Téléphone portable : _____ E-mail : _____

ASSURANCES

L'établissement d'une **Licence ASPTT PREMIUM** permet à son titulaire de bénéficier des assurances « Responsabilité civile », « Assistance aux personnes » et « Dommages corporels » souscrites par la FSASPTT. Les assurances « Dommages corporels » et « Assistance aux personnes » sont facultatives mais la FSASPTT vous informe que les risques encourus lors de la pratique d'une activité sportive peuvent donner lieu à des accidents sur lesquels il convient de s'assurer par le biais d'une assurance « Dommages corporels » ou « Assistance aux personnes ».

Si vous ne souhaitez pas l'assurance « Dommages corporels » et/ou l'assurance « Assistance aux personnes », le montant de ces dernières sera déduit. Vous avez également la faculté de souscrire des garanties individuelles complémentaires si celles proposées ne conviennent pas à votre pratique.

REFUS D'ASSURANCE « DOMMAGES CORPORELS » ET/OU « ASSISTANCE AUX PERSONNES »

En cas de refus de souscription de l'assurance « Dommages corporels » et/ou de l'assurance « Assistance aux personnes », le club doit s'assurer que le bénéficiaire a bien pris connaissance des informations figurant sur la notice d'information à conserver par le licencié et qu'il prend sa décision en toute connaissance de cause.

Je soussigné(e) _____ reconnais avoir pris connaissance :

- Du document d'information sur le produit d'assurance m'informant du résumé des garanties incluses dans le contrat d'assurance et adhérer au contrat national proposé par la FSASPTT (notice aussi disponible sur le site www.asptt.com)
- Des statuts et règlements (disponibles au secrétariat de l'association)

Je reconnais avoir été informé des risques encourus lors de la pratique d'une activité sportive pouvant porter atteinte à l'intégrité physique et :

Je ne souhaite pas souscrire : d'assurance « Dommages Corporels » 1,60€ d'assurance « Assistance aux Personnes » 0,23€

BULLETIN D'ADHÉSION

2025-2026

TARIF SECTION

- Tarif à payer =
- Réduction éventuelle (Justif) =
- **Tarif final payé =**
- Mode de paiement : Chèque Espèces Virement Autres :
- Nombre de paiement : 1 fois 2 fois 3 fois 4 fois

AMENDES

Je m'engage à m'acquitter de toutes sanctions et pénalités financières qui me seraient infligées ou à mon enfant mineur dans le cadre de la pratique, par tout organisme habilité (fédérations, ligues, comités, propriétaire des locaux...). J'atteste avoir conscience que le coût de ces amendes et sanctions, ainsi que les frais de dossier, de commission, de correspondance et de déplacement qui en découlent et qui sont liés aux sanctions sportives ou administratives sont à la charge du licencié inculpiné et doivent être remboursés à la section sous quinze jours.

PAIEMENT

- J'ai pris connaissance que les licences et cotisations versées à l'association sont définitivement acquises, et ne saurais exiger un remboursement de cotisation en cours d'année en cas de démission, exclusion, ou tout autre cas de force majeure.

 **AVEZ VOUS PENSE AU MECENAT POUR SOUTENIR VOTRE CLUB ?** 
==> DON FINANCIER AU CLUB = 66% de réduction fiscale sur vos impôts !

AVANTAGE LICENCIÉS

PROFITEZ DE LA SALLE DE SPORT - MUSCULATION

- Je souhaite profiter de l'avantage licencié

Règlement reçu le : Chèque bancaire Espèces Autres (CAF, ANCV...)

Renseignements : 06.04.41.59.81 - Complexe de Buxerolles, Rue Faraday, 87280 Limoges

100€
 AU LIEU DE 160€
 (Loisirs)



Je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations portées ci-dessus et m'engage à respecter les statuts et règlements de l'ASPTT Limoges, accessibles sur le site Internet.

Signature (du demandeur ou du représentant légal)

Fait à : Le :

HORAIRES D'OUVERTURE DU SIÈGE :

Du lundi au vendredi : 9h00-12h30 / 13h30-17h00

45 rue Chantefauve, 87000 Limoges
 05.87.41.56.25
www.limoges.asptt.com
limoges@asptt.com



ASPTT Limoges
 Club Omnisports



@limogesasptt



ASPTT LIMOGES