



Déclaration du participant au cours Discover Scuba / Discover Scuba Diving

Renvoyer à PADI pour compter ce cours pour crédit d'instructeur
Une photocopie peut être utilisée en guise de référence pour le participant.
Valable pendant 12 mois à compter de la date d'achèvement du cours.

Renseignements sur le participant aux programmes Experience (à remplir en majuscules).

Nom _____
Prénom _____ Nom de famille _____
Adresse _____
Ville _____ Etat/Province _____ Code postal _____
Pays _____ Tél. (_____) _____
Tél. bureau (_____) _____ E-mail _____ Date de naissance _____
jour/mois/an

EN CAS D'URGENCE, CONTACTER

Nom _____
Relation _____ Tél. (_____) _____

Discover Scuba Discover Scuba Diving

Cette expérience peut compter pour des programmes de plongée PADI futurs. Demandez des détails à votre instructeur.

PADI Discover Scuba Diving

Déclaration de l'instructeur PADI : Ce participant a accompli les trois phases du programme Discover Scuba Diving de PADI (présentation par l'instructeur, exercices d'introduction et de perfectionnement dans l'eau et plongée initiale en milieu naturel, tels que définis à la section DSD du Guide du programme Experience dans le manuel de l'instructeur PADI.

Nom de l'instructeur (en majuscules) Prénom Nom de famille

Pour compter ce cours pour crédit d'instructeur (veuillez remplir) :

Je confirme que j'ai personnellement exécuté les trois phases du programme DSD pour ce participant.

Signature de l'instructeur _____

Date _____
jour/mois/an

PADI Discover Scuba

Déclaration de l'instructeur PADI : Ce participant a suivi toute la formation et accompli tous les éléments de la plongée numéro 1 en milieu protégé du cours OW de PADI.

Nom de l'instructeur (en majuscules) Prénom Nom de famille

No. d'instr. PADI _____ No. de Dive Center _____

Signature de l'instructeur _____

Date _____
jour/mois/an

PROGRAMMES PADI EXPERIENCE EXONÉRATION DE RESPONSABILITÉ ET ACCEPTATION EXPRESSE DES RISQUES

Veuillez lire ce document attentivement avant de le signer.

Je soussigné(e) (nom du participant), _____, comprends que la plongée avec de l'air comprimé comporte certains risques inhérents, notamment les accidents de décompression, les embolies et autres blessures dues à la surpression, qui peuvent nécessiter un traitement en caisson hyperbare. Je comprends également que les excursions de plongée en milieu naturel qui font partie du programme Experience peuvent avoir lieu dans des endroits éloignés, par la distance, le temps de déplacement ou les deux, d'un tel caisson hyperbare. Je choisis néanmoins de participer à de telles plongées, malgré l'absence possible de caisson hyperbare à proximité du site de plongée.

Je comprends et j'accepte que ni mon (mes) instructeur(s) _____, ni le centre ayant dispensé ma formation, _____,

ni International PADI, Inc. ou ses sociétés affiliées et leurs employés, responsables, agents ou ayants droit (collectivement désignés ci-après par « parties exonérées ») ne pourront être tenus responsables d'aucune façon que ce soit de toute blessure, décès ou autre dommage subi par moi-même, ma famille, mes héritiers ou ayants droit suite à ma participation à ce cours de plongée ou suite à la négligence, active ou passive, d'une quelconque partie, y compris les parties exonérées.

Afin de pouvoir être admis à ce cours, je dégage par la présente de toute responsabilité ledit programme et j'assume personnellement tous les risques associés audit cours, prévisibles ou non, qu'il s'agisse de préjudice, blessure ou dommage subi par moi suite à ma participation audit cours.

Je comprends en outre que la plongée libre et à scaphandre autonome est une activité physiquement éprouvante, qu'un effort physique sera requis pendant ce cours, et que si je suis blessé suite à une crise cardiaque, la panique, l'hyperventilation, etc., j'assume expressément le risque de telles blessures et je n'en attribuerai pas la responsabilité aux personnes et sociétés susmentionnées.

Je comprends que les programmes Experience de PADI sont conçus pour me fournir une introduction à la plongée à scaphandre autonome. Ces programmes ne sont pas conçus pour me former en tant que plongeur compétent. Je comprends et accepte en outre que je dois suivre une formation approfondie sur l'utilisation du scaphandre dans le cadre d'un cours d'accréditation sous la surveillance directe d'un instructeur qualifié afin de devenir un plongeur breveté et compétent.

Je déclare également que je suis majeur(e) et dispose de la capacité juridique à signer le présent formulaire d'exonération de responsabilité, ou que j'ai obtenu le consentement écrit de mon parent ou tuteur. Je comprends que les termes des présentes sont contractuels, et non une simple énonciation, et déclare avoir signé ce document de plein gré.

IL EST L'INTENTION DE (Nom du participant) _____

_____ DE DÉGAGER PAR LE BIAIS

DE CET INSTRUMENT MES INSTRUCTEURS, _____

_____, LE CENTRE AUPRÈS DUQUEL

J'AI REÇU MA FORMATION, _____,

INTERNATIONAL PADI, INC., AINSI QUE TOUTES LES ENTITÉS AFFILIÉES TELLES QUE DÉFINIES CI-DESSUS, DE TOUTE RESPONSABILITÉ POUR TOUTE BLESSURE,

PRODUIT NO. 10194-F (7/00) Version 1.1

TOUT DOMMAGE OU DÉCÈS, QUELLE QU'EN SOIT LA CAUSE, NOTAMMENT MAIS SANS S'Y LIMITER, LA NÉGLIGENCE DES PARTIES EXONÉRÉES, QU'ELLE SOIT ACTIVE OU PASSIVE.

JE CONFIRME AVOIR LU ET COMPRIS LA DÉCLARATION MÉDICALE DES PROGRAMMES PADI EXPERIENCE ET L'AVOIR SIGNÉE POUR MON COMPTE ET CELUI DE MES HÉRITIERS. LES RENSEIGNEMENTS QUE J'AI FOURNIS DANS LA DÉCLARATION MÉDICALE SONT EXACTS POUR AUTANT QUE JE LE SACHE.

J'AI PRIS CONNAISSANCE DU CONTENU DU PRÉSENT FORMULAIRE D'EXONÉRATION DE RESPONSABILITÉ ET D'ACCEPTATION EXPRESSE DES RISQUES EN LE LISANT AVANT DE LE SIG

Signature du participant _____ Date _____
jour/mois/an

Signature du parent ou tuteur (le cas échéant) _____ Date _____
jour/mois/an

PROGRAMMES PADI EXPERIENCE DÉCLARATION MÉDICALE

Veuillez lire attentivement ce formulaire avant de le signer (renseignements confidentiels)

Cette déclaration vous informe de quelques uns des risques potentiels associés à la plongée à scaphandre autonome, ainsi que de la conduite attendue de vous pendant les programmes PADI Experience. Vous devez signer cette déclaration afin de pouvoir participer au programme PADI Experience offert par _____

_____ (instructeur) et
_____ (centre),
situé à _____ (ville),
_____ (état ou pays).

Veuillez lire cette déclaration avant de la signer. Vous devez remplir le questionnaire/la déclaration médicale du programme PADI Experience, qui comprend une section sur vos antécédents médicaux, afin de pouvoir vous inscrire aux programmes PADI Experience. Si vous êtes mineur(e), cette déclaration médicale doit en outre être signée par un parent ou tuteur.

La plongée est une activité passionnante et exigeante. Elle est sans danger pour autant que les techniques correctes soient appliquées. Elle peut toutefois s'avérer dangereuse si les règles de sécurité établies ne sont pas suivies. Afin de plonger en toute sécurité, vous ne devez pas être obèse ni en mauvaise forme physique. La plongée peut être éprouvante dans certaines conditions. Votre appareil respiratoire et cardio-vasculaire doit être en bonne santé. Toutes les cavités aériennes doivent être normales et en bonne santé. Toute personne atteinte de troubles cardiaques, d'un rhume ou de congestion, d'épilepsie, d'asthme, d'un problème médical grave ou sous l'influence d'alcool ou de drogues, doit renoncer à la plongée. Si vous prenez des médicaments, consultez votre médecin avant de participer à ce programme.

- continue au verso -

© International PADI, Inc. 2000

Cette expérience peut compter pour des programmes de plongée PADI futurs.

Demandez des détails à votre instructeur.

PROGRAMMES PADI EXPERIENCE DÉCLARATION MÉDICALE (suite)

Vous devrez également apprendre, par votre instructeur, les importantes règles de sécurité concernant la respiration et l'équilibrage des pressions en plongée. L'utilisation incorrecte de l'équipement de plongée peut se traduire par des blessures graves, voire fatales. Afin de pouvoir l'utiliser en toute sécurité, vous devez être bien formé à son utilisation sous la surveillance directe d'un instructeur qualifié.

QUESTIONNAIRE D'ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

À l'attention du participant :

Le but de ce questionnaire sur vos antécédents médicaux est de découvrir si vous devriez être examiné par un médecin avant de pouvoir participer à des activités de plongée-loisir. Une réponse positive à une question ne vous empêchera pas nécessairement de plonger. Elle indique la présence d'une affection préexistante qui pourrait avoir un effet sur votre sécurité pendant la plongée, et que vous devez demander l'avis d'un médecin.

Veillez répondre par OUI ou par NON aux questions suivantes sur votre état de santé présent et passé. Dans l'incertitude, répondez OUI. En cas de réponse positive à l'une quelconque de ces questions, vous devrez consulter un médecin avant de pouvoir plonger. Votre instructeur vous remettra une Déclaration médicale PADI ainsi que les directives pour l'examen médical des plongeurs de loisirs, à remettre à votre médecin.

- ___ Souffrez-vous actuellement d'une infection des oreilles ?
- ___ Avez-vous par le passé souffert de maladie des oreilles, de perte auditive ou de problèmes d'équilibre ?
- ___ Avez-vous subi une opération aux oreilles ou sinus ?
- ___ Souffrez-vous actuellement d'un rhume, de congestion, de sinusite ou de bronchite ?
- ___ Souffrez-vous ou avez-vous souffert de problèmes respiratoires, de crises aiguës de rhume des foies ou d'allergie, ou de maladie des poumons ?
- ___ Avez-vous souffert d'un poumon collabé (pneumothorax) ou avez-vous subi une opération au thorax ?
- ___ Souffrez-vous d'asthme, ou avez-vous souffert d'emphysème ou tuberculose ?
- ___ Prenez-vous actuellement des médicaments qui comportent un avertissement concernant leur effet sur vos capacités physiques et mentales ?
- ___ Souffrez-vous de problèmes de comportement ou d'un trouble du système nerveux ?
- ___ Êtes-vous ou pourriez-vous être enceinte ?
- ___ Avez-vous subi une colostomie ?
- ___ Souffrez-vous ou avez-vous souffert de troubles cardiaques ou crise cardiaque, ou avez-vous subi une chirurgie cardiaque ou des vaisseaux sanguins ?
- ___ Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'hypertension, d'angine de poitrine, ou prenez-vous des médicaments pour contrôler l'hypertension ?

- ___ Avez-vous plus de 45 ans et des antécédents familiaux de crise cardiaque ou d'attaque ?
- ___ Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'hémorragies ou autres affections du sang ?
- ___ Souffrez-vous de diabète ?
- ___ Souffrez-vous ou avez-vous souffert de crises épileptiques, évanouissements, voile noir ou convulsions, ou prenez-vous des médicaments pour les prévenir ?
- ___ Avez-vous des problèmes de dos, bras ou jambe suite à une blessure, fracture ou opération ?
- ___ Souffrez-vous d'anxiété dans les espaces clos ou espaces libres, ou de crises de panique (claustrophobie ou agoraphobie) ?

Les renseignements fournis sur mes antécédents médicaux sont exacts pour autant que je le sache.

Nom _____

Adresse _____

Tél. (____) _____

Signature du participant _____ Date _____
jour/mois/an

Signature du parent ou tuteur (le cas échéant) _____ Date _____
jour/mois/an

Révision Discover Scuba Diving

Si vous participez au programme DSD de PADI, vous devez répondre à ces questions de révision avant de pouvoir plonger en milieu naturel.

Cochez la case qui correspond à la réponse aux questions figurant sur le tableau de l'instructeur du cours Discover Scuba Diving.

Ne remplissez ce questionnaire que sur ordre de l'instructeur PADI.

	Vrai	Faux		Vrai	Faux
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DÉCLARATION DU PARTICIPANT : Ces questions de révision m'ont été expliquées et je comprends maintenant toute question à laquelle j'ai répondu incorrectement.

Signature du participant _____ Date _____
jour/mois/an