



DÉCLARATION MÉDICALE ET DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ

Nom: _____ Prénom: _____
 Adresse: _____
 Date de naissance: ___ / ___ / ___ Age: _____ Homme : Femme:
 Contact en cas d'urgence: _____ Hotel : _____ Chambre : _____
 Courriel : _____ Date D'arrivée _____ Date De Départ _____

Je (Nom et Prénom _____) de par la présente, déclare formellement que je n'ai pas souffert et ne souffre d'aucun des symptômes suivants

	OUI	NON		OUI	NON
Maladie du Cerveau, de la Moëlle Epinière, des Nerfs			Asthme ou respiration sifflante		
Tuberculose ou autre maladie à long terme des Poumons			Collapsus Pulmonaire		
Bronchite ou problèmes persistents de la Poitrine			Diabète		
Infection Chronique des Oreilles			Epilepsie		
Infection Chronique du Sinus			Difficultés à respirer		
Evanouissements, Crise Epileptiques, Perte de Connaissance			Tension Artérielle élevée		
Autres maladies ou opérations			Maladie Coraires		
Problèmes aux Oreilles en vol			Operation de la Poitrine		
Medicaments prescrits			Operation aux Oreilles		
Prise d'alcool durant les dernières 8 heures			Perforation du Tympan		
Voyage en Avion dans les 12 heures après la plongée			Grossesse		

Je realize que ne pas révéler toute condition incompatible avec la pratique de la plongée en toute sécurité pourrait mettre ma vie ou ma santé en danger. Signature: _____

Je reconnais que j'ai lu et compris la déclaration médicale plus haut avant de la signer en mon propre nom et celui de mes héritiers. L'information procurée est précise et véridique. Par cet instrument, je relève mes instructeurs, Scuba-Doo Mauritius et Twentieth Latitude Destinations Ltd de tout engagement et de toute responsabilité en ce qui concerne les blessures, dégâts matériels ou mort accidentelle quelle qu'en soit la cause incluant mais n'étant pas limité à négligence des parties relevées, que ce soit de manière passive ou active.

Signature du participant (ou Tuteur) _____ Date: _____

*Politique d'annulation : 100% remboursement avant L'arrivée au Centre de Plongée ou dans le cas de Léchec de L'Examen Médical.

Usage Administratif			Signature du responsable
Cash	T/C	Visa/Master	