



Cours demandé : _____
Date du cours : _____
Préparé par : _____

Prénom et Nom : _____
Date de naissance : _____
Adresse : _____
Ville et Code postal : _____
Tél maison : _____ Cell : _____
Email (obligatoire PADI) : _____
Occupation : _____
Taille Chandail (pour Veste de plongée en location) : S M ML L XL XXL
• **Ne s'applique pas pour le cours Open Water Diver :**
Nombre de plongées : _____
Date et lieux de la dernière plongée : _____
Avez-vous déjà plongé au Québec/Ontario : OUI NON

Pour chacun des cours, vous vous engagez à :

(Initiales)

- ___ Compléter vos lectures, vos révisions de connaissances et examen(s).
 - ___ Aucun remboursement ou déplacement de date 15 jours avant le début du cours (frais de 55\$).
 - ___ En cas d'absence à une session, vous devrez prévoir de finir le cours avec un autre groupe ou si cela est possible, planifier une session de rattrapage dont le coût est de 99,95 \$ + tx.
 - ___ Dans le cadre d'une annulation de votre part, vous serez remboursé seulement à la présentation d'un certificat médical indiquant une contre-indication à la plongée sous-marine.
-

Quelles formations souhaiteriez-vous suivre après votre cours :

- Advanced Open Water (niveau 2)
 - Rescue Diver (niveau 3)
 - Spécialités, précisez: _____
 - Cours Professionnels: Divemaster Instructeurs
-

Signature : _____ Date : _____

Signature d'un parent ou tuteur : _____ Date : _____

(Si moins de 18 ans)

Examen Médical du Plongeur | Questionnaire

La plongée sous-marine et l'apnée récréative nécessitent une bonne santé physique et mentale. Il y a quelques conditions médicales qui peuvent être dangereuses pendant la plongée, énumérées ci-dessous. Ceux qui ont ou sont prédisposés à l'une de ces conditions doivent être évalués par un médecin. Ce questionnaire médical pour plongeurs fournit une base pour déterminer si vous devez demander cette évaluation. Si vous avez des inquiétudes concernant votre condition physique pour la plongée qui ne sont pas prises sur ce formulaire, consultez votre médecin avant de plonger. Si vous vous sentez mal, évitez de plonger. Si vous pensez avoir possiblement une maladie contagieuse, protégez-vous et protégez les autres en ne participant pas à la formation et / ou aux activités de plongée. Les références à la «plongée» sur ce formulaire englobent à la fois la plongée sous-marine de loisir et l'apnée. Ce formulaire est principalement conçu comme une évaluation médicale initiale pour les nouveaux plongeurs, mais convient également aux plongeurs qui suivent une formation continue. Pour votre sécurité et celle des autres personnes susceptibles de plonger avec vous, répondez honnêtement à toutes les questions.

Instructions

Remplissez ce questionnaire préalablement à un cours de plongée sous-marine ou d'apnée.

Note aux femmes: Si vous êtes enceinte ou tentez de devenir enceinte, ne plongez pas.

1	J'ai eu des problèmes pulmonaires, respiratoires, cardiaques et/ou sanguins affectant mes performances physiques ou mentales normales.	Oui <input type="checkbox"/> Allez à la case A	Non <input type="checkbox"/>
2	Je suis âgé de plus de 45 ans.	Oui <input type="checkbox"/> Allez à la case B	Non <input type="checkbox"/>
3	J'ai du mal à faire des efforts physiques modérés (par exemple, marcher 1,6 km en 14 minutes ou nager 200 mètres sans me reposer), ou: je n'ai pas pu participer à une activité physique normale pour des raisons de forme physique ou de santé depuis 12 mois.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
4	J'ai eu des problèmes aux yeux, aux oreilles, aux conduites nasales ou sinus.	Oui <input type="checkbox"/> Allez à la case C	Non <input type="checkbox"/>
5	J'ai subi une intervention chirurgicale au cours des 12 derniers mois; ou: j'ai des problèmes chroniques liés à une intervention chirurgicale antérieure.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
6	J'ai des pertes de connaissance, j'ai (eu) des migraines, des convulsions, un accident vasculaire cérébral, un traumatisme crânien important ou je souffre de lésions ou maladies neurologiques persistantes.	Oui <input type="checkbox"/> Allez à la case D	Non <input type="checkbox"/>
7	Je suis actuellement sous traitement (ou j'ai eu besoin d'un traitement au cours des cinq dernières années) pour des problèmes psychologiques, des troubles de la personnalité, des crises de panique ou une dépendance à la drogue ou à l'alcool; ou, on m'a diagnostiqué un trouble d'apprentissage ou du développement.	Oui <input type="checkbox"/> Allez à la case E	Non <input type="checkbox"/>
8	J'ai eu des problèmes de dos, une hernie, des ulcères ou du diabète.	Oui <input type="checkbox"/> Allez à la case F	Non <input type="checkbox"/>
9	J'ai eu des problèmes d'estomac ou d'intestin, y compris une diarrhée récente.	Oui <input type="checkbox"/> Allez à la case G	Non <input type="checkbox"/>
10	Je prends des médicaments sur ordonnance médicale (à l'exception des contraceptifs ou des antipaludéens autres que la méfloquine (Lariam)).	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>

Signature du participant

Si vous avez répondu NON pour les 10 questions ci-dessus, une évaluation médicale n'est pas requise. Veuillez lire et accepter la déclaration du participant ci-dessous en la signant et en la datant.

Déclaration du participant: J'ai répondu honnêtement à toutes les questions et je comprends que j'accepte la responsabilité des conséquences résultant de toute question à laquelle j'ai répondu de manière inexacte, ou de mon omission de divulguer tout problème de santé existant ou passé.

Signature du participant (ou, si mineur, signature du parent / tuteur du participant) requise

Date (jj/mm/aaaa)

Nom du participant (en CAPITALES)

Date de naissance (jj/mm/aaa)

Nom de l'Instructeur (en CAPITALES)

Nom de l'Institution (en CAPITALES)

* **Si vous avez répondu OUI** aux questions 3, 5 ou 10 ci-dessus OU à l'une des questions de la page 2, veuillez lire et accepter la déclaration ci-dessus en la signant et en la datant ET amenez les trois pages de ce formulaire (Questionnaire du participant et Évaluation du médecin) à votre médecin pour une évaluation médicale. La participation à un cours de plongée nécessite l'approbation de votre médecin.

Examen Médical du Plongeur | Suite du Questionnaire du participant

CASE A - J'AI / J'AI EU:		
Chirurgie thoracique, chirurgie cardiaque, chirurgie des valves cardiaques, dispositif médical implantable (par exemple, stent, stimulateur cardiaque, neurostimulateur), pneumothorax et/ou maladie pulmonaire chronique.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Asthme, respiration sifflante, allergies graves, rhume des foins ou voies respiratoires congestionnées au cours des 12 derniers mois, qui limitent mon activité physique / exercice.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Un problème ou une maladie touchant mon cœur tels que: angine de poitrine, douleur thoracique à l'effort, insuffisance cardiaque, œdème pulmonaire d'immersion, crise cardiaque ou accident vasculaire cérébral; ou: je prends des médicaments pour toute affection cardiaque.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Bronchite récurrente et toux actuelle au cours des 12 derniers mois; ou: on m'a diagnostiqué d'un emphysème.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Symptômes affectant mes poumons, ma respiration, mon cœur et/ou mon sang au cours des 30 derniers jours qui altèrent mes performances physiques ou mentales	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
CASE B – J'AI PLUS DE 45 ANS ET:		
Je fume ou j'inhale de la nicotine par d'autres moyens.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
J'ai un taux de cholestérol élevé.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
J'ai une tension artérielle élevée.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
J'ai eu un parent proche décédé subitement ou d'une maladie cardiaque ou d'un accident vasculaire cérébral avant l'âge de 50 ans; ou: j'ai des antécédents familiaux de maladie cardiaque avant l'âge de 50 ans (y compris des troubles du rythme cardiaque, une maladie coronarienne ou une cardiomyopathie).	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
CASE C – J'AI / J'AI EU:		
Une chirurgie des sinus au cours des 6 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une maladie ou chirurgie de l'oreille, une perte auditive ou des problèmes d'équilibre.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une sinusite récurrente au cours des 12 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une chirurgie oculaire au cours des 3 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
CASE D – J'AI / J'AI EU:		
Un traumatisme crânien avec perte de conscience au cours des 5 dernières années.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une lésion ou maladie neurologique persistante.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Des migraines récurrentes au cours des 12 derniers mois, ou: je prends des médicaments pour les prévenir.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Des syncopes, absences ou évanouissements (perte totale ou partielle de la conscience) au cours des 5 dernières années.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une épilepsie, ou des convulsions; ou: je prends des médicaments pour les prévenir.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
CASE E – J'AI / J'AI EU:		
Des problèmes de comportement, des problèmes mentaux ou psychologiques nécessitant un traitement médical et/ou psychiatrique.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une dépression majeure, des idées suicidaires, des attaques de panique, un trouble bipolaire non contrôlé nécessitant un traitement médicamenteux ou psychiatrique.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Un diagnostic de problème de la santé mentale ou un trouble d'apprentissage ou de développement qui nécessite des soins continus, ou des mesures d'adaptation particulières.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une dépendance à la drogue ou à l'alcool nécessitant un traitement au cours des 5 dernières années.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
CASE F – J'AI / J'AI EU:		
Des problèmes de dos récurrents au cours des 6 derniers mois qui limitent mon activité quotidienne..	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une chirurgie du dos ou de la colonne vertébrale au cours des 12 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Un diabète, contrôlé par médicament ou par régime; ou: un diabète gestationnel au cours des 12 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une hernie non corrigée qui limite mes capacités physiques.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Des ulcères cutanés actifs ou non traités, des plaies chroniques ou une intervention chirurgicale pour ulcère au cours des 6 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
CASE G – J'AI EU:		
Une chirurgie pour stomie (gastrostomie, colostomie ou nephrostomie) sans avoir déjà l'autorisation médicale pour nager ou faire des activités physiques.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une déshydratation nécessitant une intervention médicale au cours des 7 derniers jours.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Des ulcères gastriques ou intestinaux actifs ou non traités; ou: traitement chirurgical de ces ulcères au cours des 6 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Des brûlures d'estomac fréquentes, régurgitation ou reflux gastro-œsophagien (RGO).	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une colite ulcéreuse active ou non contrôlée; ou: Maladie de Crohn.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>
Une chirurgie bariatrique au cours des 12 derniers mois.	Oui <input type="checkbox"/> *	Non <input type="checkbox"/>

Examen Médical du Plongeur | Formulaire d'évaluation du médecin

Nom du participant

Date de naissance

(en CAPITALES)

Date (jj/mm/aaaa)

La personne susmentionnée demande votre avis sur son aptitude médicale à participer à une formation ou à une activité de plongée sous-marine ou de plongée en apnée. Si nécessaire, vous pouvez consulter uhms.org pour obtenir des conseils médicaux sur les conditions médicales liées à la plongée. Passez en revue les domaines pertinents pour votre patient dans le cadre de votre évaluation.

Résultat de l'Évaluation

- Approuvé - Je ne trouve aucune condition que je considère incompatible avec la plongée loisir ou l'apnée.
- Non approuvé - Je trouve des éléments que je considère incompatibles avec la plongée sous-marine ou l'apnée.

Signature d'un médecin certifié ou d'un prestataire de soins de santé légalement certifié

Date (jj/mm/aaaa)

Nom de l'examineur

Spécialité

en CAPITALES

Clinique/Hôpital

Adresse

Téléphone

Email

Cachet du médecin/Clinique (optionnel)

Créé par la [Diver Medical Screen Committee](#) en association avec les organismes suivants:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego



PADI
padi.com

Déclaration de compréhension et d'acceptation d'indépendance du prestataire

Dans les pays de l'Union Européenne et de l'Association européenne de libre échange, utiliser un autre formulaire.
Lisez attentivement et remplissez tous les espaces, puis signez.

Je comprends et j'accepte que les Membres PADI («Membres»), comprenant _____ SubAquaTech Staff (loisirs) _____ et/ou tous les PADI Instructors et Divemasters individuels impliqués dans le programme auquel je participe, soient autorisés à utiliser les diverses marques commerciales PADI et à diriger des formations PADI, mais qu'ils ne sont pas des agents, des employés ou des franchisés de PADI Americas, Inc., ou la société mère, ses filiales et sociétés affiliées («PADI»). Par ailleurs, je comprends que les activités commerciales des Membres sont indépendantes et ne sont ni gérées, ni dirigées par PADI. Bien que PADI établisse les standards des programmes de formation PADI, l'organisation n'a pas le droit de contrôler et n'est pas responsable du déroulement des activités commerciales des Membres, de leur conduite des programmes PADI au jour le jour, ni de la supervision des plongeurs par les Membres ou leurs employés. En outre, dans l'éventualité où ma participation à la présente activité résulterait en blessures ou décès, je m'engage en mon nom et au nom de mes héritiers et de ma succession, à ne pas chercher à tenir PADI responsable des actions, des inactions ou de la négligence de _____ (mSubAquaTech Staffs) _____ et/ou des instructeurs et divemasters encadrant l'activité.

Accord de non-responsabilité et d'acceptation de risques

Dans les pays de l'Union Européenne et de l'Association européenne de libre échange, utiliser un autre formulaire.

Lisez attentivement et remplissez tous les espaces, puis signez.

Je, _____ Nom du participant _____, affirme par le présent Accord, savoir que la plongée libre ou en scaphandre autonome comporte des risques inhérents pouvant causer des lésions graves, voire mortelles.

Je comprends que la plongée à l'air comprimé comporte certains risques inhérents, dont, mais n'y étant pas limité, les accidents de décompression, les embolies et autres lésions hyperbares/liées à la dilatation de l'air, nécessitant un traitement en chambre de recompression. Je comprends également que les plongées en milieu naturel, nécessaires pour la formation et la certification, se déroulent sur des sites éloignés d'une chambre de recompression, soit en distance, soit en temps, voire les deux. Je choisis, néanmoins, de participer à de telles plongées de formation, malgré l'absence possible d'une chambre de recompression à proximité du site de plongée.

Je comprends et j'accepte que ni mon/mes instructeur(s), _____ SubAquaTech Staff _____,

ni le centre ayant dispensé ma formation, _____ SubAquaTech Staff _____, ni PADI Americas, Inc., ni ses sociétés affiliées ou ses filiales, ni aucun de leurs employés, administrateurs, agents, sous-traitants ou ayant-droits (ci-après les «Parties non responsables»), ne peuvent être tenus responsables de quelque façon que ce soit pour une blessure quelconque, même mortelle, ou un dommage quelconque subi par moi-même, ma famille, ma succession, mes héritiers ou mes ayant-droits à cause de ma participation à ce programme de plongée ou à cause de la négligence d'une partie, y compris les Parties non responsables, peu importe que ce soit de façon active ou passive.

Si je reçois l'autorisation de participer à ce programme (et à une plongée Adventure Dive optionnelle) constituant ci-après «le Programme», j'accepte, par le présent Accord, d'assumer tous les risques de ce programme, qu'ils soient prévisibles ou non, susceptibles de survenir dans le cadre de ce programme, notamment durant les cours théoriques, les activités en milieu protégé et/ou pendant les activités en milieu naturel.

Je dégage également de toute responsabilité le Programme et les Parties non responsables relativement à toute réclamation ou poursuite intentée par moi-même, ma famille, ma succession, mes héritiers et mes ayant-droits, découlant de mon inscription et de ma participation

au Programme, ce qui s'applique notamment aux plaintes durant le programme ou après l'obtention de ma certification.

Je comprends également que la plongée libre ou en scaphandre autonome est une activité physiquement exigeante, que je ferai des efforts physiques durant ce programme et que si je souffre d'une attaque cardiaque, de panique, d'hyperventilation, noyade, etc., j'assumerai les risques associés à ces événements et que je n'en imputerai jamais la responsabilité aux Parties non responsables.

Je déclare aussi avoir atteint l'âge de la majorité et être légalement autorisé à signer cet Accord de non-responsabilité, ou encore que j'ai obtenu le consentement écrit d'un de mes parents ou de mon tuteur. Je comprends que les clauses de cet Accord sont contractuelles et non pas un simple texte et je reconnais avoir signé librement cet Accord en sachant parfaitement que je renonçais de la sorte à mes droits légaux. J'accepte également que si une clause de cet Accord s'avère inapplicable ou invalide, elle sera supprimée de l'Accord. Le reste de cet Accord sera ensuite interprété comme si la clause inapplicable n'en avait jamais fait partie.

Je comprends et j'accepte que je renonce non seulement à mon droit de poursuivre les Parties non responsables, mais aussi à tous les droits que mes héritiers, mes ayant-droits ou mes bénéficiaires pourraient avoir de poursuivre les Parties non responsables à la suite de mon décès. J'affirme également avoir l'autorité d'agir de la sorte et que mes héritiers, ayant-droits ou bénéficiaires ne pourront pas agir autrement à cause de mes déclarations en faveur des Parties non responsables.

JE, _____ Nom du participant _____ CERTIFIE PAR LE PRÉSENT ACCORD, DÉGAGER ET DÉCHARGER MES INSTRUCTEURS, _____ SubAquaTech Staff _____, L'ÉTABLISSE-

MENT AYANT DISPENSÉ MA FORMATION _____ SubAquaTech Staff _____, PADI AMERICAS, INC., AINSI QUE TOUTES LES ENTITÉS APPARENTÉES DÉFINIES CI-DESSUS, DE TOUTE RESPONSABILITÉ, QUELLE QU'ELLE SOIT, SUR DES LÉSIONS PERSONNELLES, DOMMAGES SUR MES BIENS OU DÉCÈS, QUELLE QU'EN SOIT LA CAUSE, Y COMPRIS, MAIS N'Y ÉTANT PAS LIMITÉ, À LA NÉGLIGENCE DES PARTIES DÉCHARGÉES, QU'ELLES SOIENT PASSIVES OU ACTIVES.

JE ME SUIS BIEN INFORMÉ(E), SUR LE CONTENU DE CET ACCORD DE NON RESPONSABILITÉ ET ACCEPTATION DES RISQUES. JE L'AI LU AVANT DE LE SIGNER EN MON NOM ET EN CELUI DE MES HÉRITIERS.

Signature du participant

Date (jour/mois/année)

Signature d'un parent ou tuteur (si applicable)

Date (jour/mois/année)



Déclaration d'adhésion aux règles de plongée en toute sécurité

Veillez lire attentivement avant de signer.

Cette déclaration vous informe des règles établies pour la sécurité en plongée libre et en scaphandre autonome. Ces règles ont été rassemblées pour que vous les revoyez et les connaissiez, et sont prévues pour accroître votre niveau de confort et de sécurité. Votre signature apposée à cette déclaration est exigée comme preuve de votre compréhension de ces règles de plongée en toute sécurité. Lisez et examinez cette déclaration avant de la signer. Si vous êtes mineur, ce document doit aussi être signé par un parent ou un tuteur.

Je, soussigné(e) _____ (imprimer votre nom) _____, déclare avoir compris qu'en tant que plongeur, je dois:

1. Rester en bonne forme, tant physique que mentale, pour plonger. Éviter d'être sous l'effet de l'alcool, de drogue ou de médicaments dangereux lorsque je plonge. Maintenir à jour l'efficacité d'exécution des exercices de sécurité en plongée, en m'efforçant de la perfectionner grâce à la formation continue, ainsi qu'à la réviser dans des conditions contrôlées après une longue période d'inactivité et de me référer aux supports pédagogiques du cours que j'ai suivi pour rester à jour et me remémorer les informations importantes.
2. Connaître mes lieux de plongée. Si ce n'est pas le cas, j'obtiendrai une orientation formelle auprès de plongeurs locaux connaissant bien l'environnement local. Si ces conditions de plongée s'avèrent être plus difficiles que celles auxquelles je suis habitué(e), annuler la plongée, ou choisir un autre site présentant de meilleures conditions. M'engager seulement dans des activités compatibles avec mon niveau de pratique et d'expérience. Ne pas faire de plongée en grotte ou de la plongée technique si je n'y suis pas spécifiquement entraîné.
3. Utiliser un équipement complet, bien entretenu, parfaitement fiable, auquel je suis habitué, puis vérifier avant chaque plongée qu'il soit bien réglé et qu'il fonctionne parfaitement. Disposer d'un système de contrôle de la flottabilité, d'un inflateur moyenne pression, d'un manomètre immergeable, d'une source d'air de secours et d'un planificateur de plongée/dispositif de contrôle (ordinateur de plongée, table RDP/tables de plongée, selon votre niveau de formation) pour la plongée en scaphandre. Ne pas accepter que des plongeurs non qualifiés utilisent mon matériel.
4. Écouter attentivement les briefings de plongée et les instructions, et suivre les conseils de ceux qui me supervisent pendant mes activités de plongée. Admettre qu'une formation supplémentaire est recommandée pour participer aux activités des plongées spécialisées dans d'autres zones géographiques et après une période d'inactivité supérieure à six mois.
5. Pratiquer le système de plongée en binômes lors de chaque plongée. Planifier les plongées avec mon binôme, y compris les moyens de communication, les procédures à suivre en cas de séparation ainsi que les procédures d'urgence.
6. Être compétent dans la planification de la plongée (en utilisant l'ordinateur ou la table de plongée). Planifier toujours des plongées sans palier de décompression tout en y ajoutant une marge de sécurité. Avoir un moyen de vérifier la profondeur et le temps de plongée sous l'eau. Limiter la profondeur maximale atteinte en fonction de mon niveau de formation et de mon expérience. Remonter à une vitesse ne dépassant pas 18 mètres/60 pieds par minute. Être un plongeur SAFE – **S**lowly **A**scend **F**rom **E**very dive - (SÉCURITÉ - Remontez lentement à la fin de chaque plongée). Faire un palier de sécurité comme précaution supplémentaire - habituellement à 5 mètres pendant 3 minutes ou plus.
7. Maintenir une flottabilité adéquate. Ajuster le lestage en surface de manière à être en flottabilité nulle, sans air dans le gilet. Conserver cette flottabilité nulle en immersion. Avoir une flottabilité positive en surface pour me reposer ou nager. Avoir un lestage facile à larguer et établir une flottabilité positive en cas de détresse. Porter au moins un système de signalisation en surface (tel qu'un tube de signalisation gonflable, un sifflet, un miroir).
8. Respirer correctement en plongée. Ne jamais retenir ma respiration avec de l'air comprimé et éviter l'hyperventilation excessive en apnée. Éviter de m'essouffler sous l'eau et plonger selon mes capacités.
9. Utiliser une embarcation, un flotteur, ou tout autre objet flottant comme support de surface lorsque c'est possible.
10. Connaître et respecter les réglementations et lois locales, y compris celles concernant la pêche et les pavillons de plongée.

Je comprends l'importance et le but de ces règles de sécurité. Je reconnais qu'elles sont établies pour ma sécurité et mon bien-être, et que les négliger peut me mettre en danger en plongée.

Signature de l'élève

Date (jour/mois/an)

Signature des parents ou des responsables (si nécessaire)

Date (jour/mois/an)