



spéléo
groupe
hauts -
de - seine .

Fiche d'inscription 2018

Renseignements

prénom	
nom	
adresse	
date de naissance	
téléphone domicile	
téléphone travail	
portable	
e-mail	
personne à prévenir	
téléphone	

Cotisation

	clamartois	non-clamartois
licence FFS	60,00	
licence FFS jeune (-26 ans)	33,00	
assurance option 1	22,50	
assurance option 2	41,00	
assurance option 3	55,00	
assurance jeune (-26 ans)	8,00	
spelunca	25,00	
spelunca nouveau licencié	12,5	
karstologia	27,50	
spelunca et karstologia	47,00	
licence SGHS	23,00	30,00
Total		



Autorisation des parents (ou tuteurs) à la pratique de la spéléologie

Je soussigné M

autorise mon fils / ma fille

à participer aux activités régulières du Spéléo Groupe des Hauts de Seine, à savoir :

- réunions de préparation et de vie associative,
- séances d'entraînement en extérieur,
- exploration de cavités souterraines, randonnées pédestres ou à ski
- participation à des stages de formation

J'autorise, dans le cadre de ces activités, son transport par les membres du SGHS dans leurs véhicules personnels.

En cas de nécessité j'autorise le responsable du SGHS à prendre toute disposition utile pour l'évacuation, le transfert, soins médicaux ou intervention d'urgence suivant les décisions des médecins.

Fait à, le

signature :



Fédération Française
de Spéléologie

CERTIFICAT MÉDICAL

(À remplir par le médecin)

**Pour tout complément d'information sur les contraintes physiologiques de ces activités,
vous pouvez contacter la fédération qui vous renverra vers un médecin fédéral.**

Je soussigné(e), Docteur en médecine,, après avoir examiné

M^{me}, M. :

Date de naissance : / /

Certifie qu'il - elle ne présente pas de contre-indication médicale cliniquement décelable ce jour à la pratique :
(*raier les mentions inutiles*)

- de la spéléologie
- du canyonisme
- de la plongée souterraine

Remarques ou restrictions éventuelles :

Le présent certificat a été établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en mains propres.

Fait à :

Date : / /

Signature et cachet professionnel :

Mise à jour : 11/09/2017 Réf. Imprimé : certificat_medical_2018

28 rue Delandine - 69002 Lyon – Tél. 04 72 56 09 63 – Fax. 04 78 42 15 98
Association loi 1901 reconnue d'utilité publique, agréée par les Ministères chargés des sports (agrément sport), de la
jeunesse et de l'éducation populaire (agrément jeunesse et éducation populaire), de l'intérieur (agrément sécurité
civile) et de l'environnement (agrément environnement).

www.ffspeleo.fr





Fédération Française
de Spéléologie

ATTESTATION DÉCLARATIVE D'ANTÉCÉDENTS

(Partie à remplir par le pratiquant et à conserver exclusivement par le médecin signataire.
Ce document ne doit en aucun cas être remis au club ou à la fédération)

Pour tout renseignement concernant le certificat médical,
vous pouvez contacter la fédération qui vous renverra vers un médecin fédéral.

ANTÉCÉDENTS	OUI	NON
Cardio-vasculaire et respiratoire		
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarctus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malformation cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du rythme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affections respiratoires, asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ORL / Ophtalmologie		
Vertiges, perte d'équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surdit�	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affections oculaires (glaucome, cataracte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologie		
Traumatisme cr�nien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de connaissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
�pilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endormissement fréquent en journée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syndrome d'apnée du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareil locomoteur		
Maladie articulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limitation des mouvements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie osseuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traumatismes (fractures/luxations/entorses graves)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interventions chirurgicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, lesquelles ?		
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la coagulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitements en cours ou réguliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis ou autres substances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents psychiatriques (dépression...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Invalidité Sécurité sociale / Handicap MDPH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je soussigné,, certifie l'exactitude des réponses données
  ce questionnaire médical en vue d'obtenir ma licence de la Fédération Française de Spéléologie.
Toute omission volontaire ou déclaration erronée engagera ma responsabilité.

le Signature

