

Déclaration du participant au PADI Discover Scuba® Diving

Lisez attentivement les paragraphes suivants:

Cette déclaration, composée d'un Questionnaire médical, d'une Déclaration de responsabilité et d'acceptation des risques, d'une Déclaration de compréhension et d'acceptation d'indépendance du prestataire, ainsi que d'une Révision des connaissances et des principes de sécurité Discover Scuba Diving, vous informe de certains risques potentiels accompagnant la plongée et le comportement à avoir pendant le programme PADI Discover Scuba Diving.

Vous devrez également apprendre auprès du Professionnel PADI d'importantes règles de sécurité concernant la respiration et l'équilibre des espaces aériens en cours de plongée. La plongée scaphandre et l'utilisation d'un matériel de plongée sans supervision ou instructions adéquates peuvent entraîner des blessures graves ou mortelles. Vous devez être formé à son utilisation sous la supervision directe d'un instructeur qualifié.



Questionnaire médical PADI

La plongée scaphandre est une activité passionnante et exigeante. Pour plonger avec un scaphandre, vous ne devez être ni obèse ni en mauvaise forme physique. Dans certaines conditions, la plongée peut être ardue. Les systèmes respiratoire et cardio-vasculaire ne doivent pas être atteints. Toutes les cavités aériennes du corps doivent être normales et saines. Une personne atteinte de problèmes cardiaques, actuellement enrhumée ou congestionnée, ou souffrant d'épilepsie, d'asthme, d'un problème médical grave ou sous l'influence d'alcool ou de drogues ne doit pas plonger. Si vous êtes sous traitement, consultez votre médecin avant de participer à ce programme.

Le but de ce questionnaire médical est de déterminer si un examen médical est nécessaire avant de participer à des activités de plongée loisir. Une réponse positive à une question ne vous exclut pas nécessairement de la plongée. Une réponse positive indique la présence d'un trouble médical préexistant pouvant poser un risque en cours de plongée et que vous devrez demander conseil à un médecin.

Veuillez répondre aux questions suivantes sur votre situation médicale passée et présente par OUI ou par NON. Si vous n'êtes pas sûr(e), répondez par OUI. En cas de réponse positive à l'une de ces questions, nous nous voyons obligés de demander que vous consultiez un médecin avant de participer à des activités de plongée. Votre Professionnel PADI vous fournira une PADI Medical Statement (déclaration médicale PADI) et des directives pour l'examen physique d'un plongeur loisir à remettre à un médecin.

- ___ Souffrez-vous actuellement d'otite ?
- ___ Avez-vous des antécédents de maladie des oreilles, de perte d'ouïe ou des problèmes d'équilibre ?
- ___ Avez-vous déjà été opéré des oreilles ou des sinus ?
- ___ Souffrez-vous actuellement d'un rhume, de congestion, de sinusite ou de bronchite ?
- ___ Avez-vous des antécédents de troubles respiratoires, d'attaques graves de rhume des foins ou d'allergies ou de troubles pulmonaires ?
- ___ Avez-vous déjà souffert d'un poumon affaibli (pneumothorax) ou subi une opération de la poitrine ?
- ___ Souffrez-vous d'asthme ou avez-vous des antécédents d'emphysème ou de tuberculose ?
- ___ Êtes-vous actuellement sous traitement s'accompagnant d'avertissements relatifs à une détérioration des capacités physiques ou mentales ?
- ___ Souffrez-vous de troubles du comportement, de problèmes mentaux ou psychologiques ou de troubles du système nerveux ?
- ___ Êtes-vous enceinte ou pouvez-vous l'être ?
- ___ Avez-vous des antécédents de colostomie ?
- ___ Avez-vous des antécédents de troubles cardiaques ou de crise cardiaque ou avez-vous jamais subi d'opération du cœur ou des vaisseaux sanguins ?
- ___ Avez-vous des antécédents d'hypertension artérielle ou d'angine ou prenez-vous des médicaments pour contrôler votre pression artérielle ?
- ___ Avez-vous plus de 45 ans et des antécédents familiaux de crise cardiaque ou d'accident vasculaire cérébral ?
- ___ Avez-vous des antécédents d'hémorragie ou autres troubles sanguins ?
- ___ Avez-vous des antécédents de diabète ?
- ___ Avez-vous des antécédents de crises, pertes de connaissance, convulsions ou épilepsie ou suivez-vous un traitement préventif pour ces troubles ?
- ___ Avez-vous des antécédents de problèmes de dos, de bras ou de jambe suite à une blessure, une fracture ou une opération ?
- ___ Avez-vous des antécédents de phobie d'espace clos ou ouvert ou des attaques de panique (claustrophobie ou agoraphobie) ?

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

(Déclaration de Responsabilité et Acceptation des Risques, suite)

Je comprends et j'accepte que les Membres PADI ("Membres"), comprenant _____ (magasin/centre de 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 des blessures ou un décès, je comprends et m'engage, en mon nom et celui de mes héritiers et de ma succession, à ne pas chercher à tenir PADI responsable des actions, des inactions ou de la négligence de _____ (magasin/centre de loisirs) et/ou des instructeurs et divemasters associés à l'activité.

Déclaration de Responsabilité et Acceptation des Risques

Je (nom du participant), _____ affirme par les présentes être conscient que la plongée scaphandre et en apnée s'accompagnent de risques inhérents pouvant entraîner des blessures graves ou mortelles.

Je reconnais que la plongée à l'air comprimé comporte certains risques inhérents ; des accidents de décompression, des embolies ou autres accidents hyperbares peuvent survenir qui nécessitent un traitement en caisson hyperbare. Je reconnais de plus que ce programme peut se dérouler en site éloigné, en termes de temps de parcours et/ou de distance, d'un caisson hyperbare. En dépit de l'absence d'un caisson hyperbare ou d'un centre médical à proximité du site de plongée, je maintiens ma décision de participer à ce programme.

Les informations que j'ai fournies sur mes antécédents médicaux dans le questionnaire médical sont exactes à ma connaissance. Je conviens d'accepter la responsabilité d'omissions en rapport avec la non divulgation de conditions médicales actuelles ou passées.

Je reconnais et conviens que ni les professionnels de la plongée dispensant ce programme ni les installations au travers desquelles ce programme est offert, _____ (nom de l'installation), ni PADI Americas, Inc., ni ses filiales ou subsidiaires, ni leurs employés, administrateurs, agents ou cessionnaires (ci-après « Parties exonérées ») ne sauront être aucunement tenus responsables de toute blessure, accident mortel ou autre dommage encourus par moi ou par ma famille, ma succession, mes héritiers ou mes cessionnaires et pouvant découler de ma participation à ce programme ou suite à la négligence, active ou passive, des Parties exonérées.

Afin de pouvoir être admis à ce cours, j'assume personnellement par les présentes tous risques, prévisibles ou non, de préjudice, blessure ou dommages auxquels je pourrais être

exposé dans le cadre de ma participation à ce programme, y compris, mais non de façon limitative, lors du perfectionnement des connaissances et d'activités en milieu protégé et/ou en milieu naturel.

Je dégage et décharge de plus le programme Discover Scuba Diving et les Parties exonérées de toute réclamation ou poursuite entreprise par moi, ma famille, ma succession, mes héritiers ou cessionnaires en rapport avec ma participation à ce programme.

Je reconnais que la plongée en apnée et la plongée scaphandre sont des activités ardues, que je vais faire des efforts physiques durant ce programme et que si j'encourais un accident suite à une crise cardiaque, panique, hyperventilation ou autre, j'en accepterais expressément le risque et n'en tiendrais pas responsable les Parties exonérées.

Je déclare de plus être d'âge légal et légalement compétent pour signer la présente Déclaration de responsabilité et acceptation des risques ou avoir obtenu le consentement écrit de mon parent ou tuteur.

Je reconnais que les conditions des présentes provisions sont contractuelles et pas seulement formelles, que j'ai signé le présent accord de mon plein gré et en sachant que je consens par les présentes à renoncer à mes droits. Je conviens également que si toute provision du présent Contrat s'avère inexécutable ou invalide, elle sera supprimée de ce Contrat. Le reste du présent Contrat sera alors interprété comme si la provision inexécutable n'en avait jamais fait partie.

Je reconnais et conviens que je renonce non seulement à mon droit de poursuivre les Parties exonérées mais également à tous droits de poursuite à l'encontre des Parties exonérées que mes héritiers, cessionnaires ou bénéficiaires pourraient avoir en rapport avec ma mort. J'affirme de plus être autorisé à le faire et déclare que mes héritiers, cessionnaires et bénéficiaires seront préclus de prétendre autrement du fait des déclarations que j'ai faites aux Parties exonérées.

Je (nom du participant), _____ PAR CE MOYEN DÉGAGE ET DÉCHARGE LES PROFESSIONNELS DE LA PLONGÉE DISPENSANT CE PROGRAMME, LES INSTALLATIONS AU TRAVERS DESQUELLES LE PROGRAMME EST DISPENSÉ ET PADI AMERICAS, INC., AINSI QUE TOUTES ENTITÉS APPARENTÉES ET PARTIES EXONÉRÉES TELLES QUE DÉFINIES PLUS HAUT DE TOUTE RESPONSABILITÉ QUELLE QU'ELLE SOIT EN CAS DE BLESSURE, DOMMAGES MATÉRIELS OU HOMICIDE DÉLICTEUEL, QUELLE QU'EN SOIT LA CAUSE, Y COMPRIS MAIS NON DE FAÇON LIMITATIVE, LA NÉGLIGENCE, PASSIVE OU ACTIVE, DES PARTIES EXONÉRÉES

JE ME SUIS BIEN INFORMÉ SUR LE CONTENU DE CETTE DÉCLARATION DE RESPONSABILITÉ ET ACCEPTATION DES RISQUES ET DE LA DÉCLARATION DE COMPRÉHENSION ET D'ACCEPTATION D'INDÉPENDANCE DU PRESTATAIRE EN EN LISANT LE TEXTE DES DEUX AVANT DE SIGNER CI-DESSOUS POUR MOI ET POUR MES HÉRITIERS ET J'AFFIRME QUE LE QUESTIONNAIRE MÉDICAL EST EXACT.

Signature du participant

Date (jour/mois/année)

Signature (le cas échéant) du parent/tuteur

Date (jour/mois/année)