DOSSIER D'INSCRIPTION CLUB DE PLONGEE CHAURIEN

Pièces à fournir :

- **Le bulletin d'inscription ci-dessous, complété, signé**
- **Le règlement par chèque à l'ordre du CPCHAURIEN** ***(ou virement si renouvellement)***
- **Pour les mineurs, une autorisation parentale** ***(téléchargeable sur le site www.cpchaurien.com rubrique documents)***
- **UNE COPIE du certificat médical de non contre-indication à la pratique des activités subaquatiques de la FFESSM** ***(ci-dessous en Annexe I)***

  Lors du RDV avec votre médecin, pour l'établissement du certificat de non contre-indications, les documents listés ci-dessous, devront lui être présenté :

  - Le questionnaire médical préalable à visite médicale d'absence de contre-indication à la pratique d'activités subaquatiques ; ***(ci-dessous en Annexe II)***
  - La fiche d'examen médical d'absence de contre-indication à la pratique d'activités subaquatiques ; ***(ci-dessous en Annexe III)***
- **Pour les mineurs, une autorisation parentale** ***(téléchargeable sur le site www.cpchaurien.com rubrique documents)***
- **Pour les nouveau adhérents non débutants, une photocopie de leur carte de niveau.**

Nom : Prénom :

Genre : ☐ homme ☐ femme

Date de naissance :

Lieu de naissance (avec code postal) :

Adresse : Code postal : Ville :

Numéro de téléphone portable :

Adresse email :

Débutant en plongée : ☐OUI ☐NON

Si non :

N° de licence :

Niveau de plongée :

Nombre de plongées :

Formations souhaitées :

Plongée : ☐N1 ☐PA12 ☐N2 ☐N3 ☐RIFAP ☐NITROX ☐PHOTO ☐TIV ☐PE40 ☐Biologie marine ☐autre :

Parcours Handisub® : ☐ PESH6 ☐ PESH12 ☐ PESH20 ☐ PESH40

Apnée : ☐Apnéiste ☐Apnéiste confirmé ☐Apnéiste en eau libre

Tarifs		Cotisation annuelle	Licence Fédérale	TOTAL**
Inscription individuelle		150€	+48,50€	☐198,50€
Inscription famille	1er membre(+16ans) 2e membre(+16ans) 3e membre et + (+16ans)	150€ 120€ 60€	+48,50€ +48,50€ +48,50€	☐198,50€ ☐168,50€ ☐108,50€ x

**Seuls les mineurs de plus de 16 ans peuvent s'inscrire individuellement au club.
Les mineurs de 14-16 ans ne peuvent s'inscrire qu'en famille (inscription et présence d'au moins un des deux parents requis lors des activités).
De 14 à 16 ans le tarif de la licence est de 30,50 €.

Possibilité de payer en plusieurs fois.

Assurance :

N.B. : Les associations et les fédérations sportives sont tenues d'informer leurs adhérents de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels leur pratique sportive peut les exposer (Art. L321-4 du Code du sport).

Attention !

L'assurance incluse avec la licence fédérale inclus seulement une assurance responsabilité civile : elle vous couvre contre les conséquences financières des dommages que vous pourriez subir à autrui.
Pour être couvert pour les dommages corporels que vous pourriez subir, lors de la pratique de la plongée, nous vous conseillons vivement de souscrire un contrat d'assurance complémentaire (« individuelle accident ») auprès de votre assureur ou du cabinet Laffont Axa (assureur officiel de la FFESSM).
Pour les plongeurs en situation de handicap (PESH) votre licence Handisport vous donne accès à l'assurance

☐(COCHER)² Je reconnais que le CPC m'a informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels la pratique de la plongée peut m'exposer (Art. L321-4 du Code du sport).

Tarifs Cabinet Laffont Axa (assureur officiel de la FFESSM)		Niveau de Garantie*	Par adhérent
Loisir base	Assurance individuelle accident pour les pratiquants, moniteurs, juges, arbitres et entraineurs exerçant à titre bénévole	Loisir base 1 Loisir base 2 Loisir base 3	☐24,20€ x ☐28,85€ x ☐49,45€ x
Loisir Top	Garanties de base ci-dessus (Loisir) + annulation, interruption, assurance baguages, dans le cadre des voyages plongées dans le monde entier.	Loisir Top 1 Loisir Top 2 Loisir Top 3	☐46,35€ x ☐57,70€ x ☐95,80€ x

*Pour le détail des garanties (plafonds, franchises, exclusions, etc…) consultez le site : https://www.ffessm.lafont-assurances.com/

Règlement :

Montant total: ☐ Virement ☐ Chèque ☐Espèce

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : Prénom : Numéro de téléphone portable :

Autorisations FFESSM :

J'accepte de recevoir des offres promotionnelles de la part de la FFESSM. ☐ Oui ☐ Non

J'accepte de recevoir des offres promotionnelles de la part des partenaires de la FFESSM. ☐ Oui ☐ Non

J'accepte que mon profil apparaisse sur la recherche d'utilisateur pour le carnet de plongée. ☐ Oui ☐ Non

J'accepte d'être sollicité pour la validation des plongées sur le carnet de plongée numérique FFESSM. ☐ Oui ☐ Non

J'autorise la consultation de mon CACI par les délégués de la FFESSM et via le Qr-Code présent sur ma carte de licence. ☐ Oui ☐ Non

Infos honorabilité (A REMPLIR SEULEMENT SI ENCADRANT OU DIRIGEANT)

La licence que le licencié sollicite lui permet d'accéder aux fonctions d'encadrant et/ou de dirigeant d'établissement d'activités physiques et sportives au sens des ***articles L. 212-1 et L. 322-1*** du code du sport.
A ce titre, les éléments constitutifs de l'identité du licencié seront transmis par la fédération aux services de l'Etat afin qu'un contrôle automatisé de son honorabilité au sens de ***l'article L. 212-9*** du code du sport soit effectué.

☐**(COCHER)²** J'ai été informé et j'ai compris l'objet de ce contrôle

J'accepte le contrôle d'honorabilité ☐ Oui ☐ Non

FFESSM MÉDICALE ET DE PRÉVENTION

CONTRE-INDICATIONS À LA PLONGÉE EN SCAPHANDRE AUTONOME

Cette liste est indicative et non limitative. Les problèmes doivent être abordés au cas par cas, éventuellement avec un bilan auprès d'un spécialiste, la décision tenant compte du niveau technique (débutant, plongeur confirmé ou encadrant).
En cas de litige, la décision finale doit être soumise à la Commission Médicale et de Prévention Régionale, puis en appel à la CMPN

	Contre-indications définitives	Contre-indications temporaires ou à évaluer*
Cardiologie	Insuffisance cardiaque symptomatique Cardiomyopathie obstructive Pathologie avec risque de syncope Tachycardie paroxystique BAV II ou complet non appareillé Maladie de Rendu-Osler	Cardiopathie congénitale* Valvulopathies* Coronaropathie* Péricardite et Myocardites * Traitement par anti arythmique* Traitement par béta bloquant (voie générale ou voie locale)* Shunt droit-gauche* Hypertension artérielle non contrôlée
Oto-Rhino-Laryngologie	Cophose unilatérale Evidement pétro-mastoïdien Ossiculoplastie Trachéostomie Laryngocèle Otospongiose opérée Fracture du rocher Destruction labyrinthique uni ou bilatérale Fistule péri-lymphatique Déficit vestibulaire non compensé	Déficit auditif bilatéral* Chirurgie otologique Polypose naso-sinusienne Difficultés tubo-tympaniques pouvant engendrer un vertige alterno barique Crise vertigineuse ou décours immédiat d'une crise vertigineuse Tout vertige non étiqueté Asymétrie vestibulaire > ou = à 50% (consolidé après 6 mois) Perforation tympanique et aérateurs trans-tympaniques Barotraumatisme ou accident de désaturation de l'oreille interne*
Pneumologie	Insuffisance respiratoire Pneumopathie fibrosante Vascularite pulmonaire Chirurgie pulmonaire Maladie bulleuse	Asthme* Pneumothorax spontané ou traumatique* Pathologie infectieuse Pleurésie Traumatisme thoracique
Ophtalmologie	Pathologie vasculaire de la rétine, de la choroïde ou de la papille, non stabilisée, susceptible de saigner Kératocône au-delà du stade 2 Prothèses oculaires ou implants creux Pour les N3, N4 et encadrants : vision binoculaire avec correction < 5/10 ; si un œil < 1/10, l'autre > 6/10	Affections aiguës du globe ou de ses annexes jusqu'à guérison Photokératectomie réfractive et LASIK : 1 mois Phacoémulsification-trabéculectomie et chirurgie vitro-rétinienne : 2 mois Greffe de cornée : 8 mois Traitement par betabloquant par voie locale*
Neurologie	Épilepsie Syndrome déficitaire sévère Pertes de connaissance itératives Effraction méningée neurochirurgicale, ORL ou traumatique Incapacité motrice cérébrale	Traumatisme crânien grave*
Psychiatrie	Affection psychiatrique sévère Éthylisme chronique	Traitement anti-dépresseur, anxiolytique, par neuroleptique ou hypnogène Alcoolisation aiguë
Hématologie	Thrombopénie périphérique, thrombopathie congénitale Phlébites à répétition	Trouble de la crase sanguine découvert lors d'u bilan d'une affection thrombo-embolique Hémophilie* Phlébite non explorée
Gynécologie		Grossesse
Métabolisme	Diabète traité par antidiabétiques oraux hypoglycémiants	Diabète traité par insuline* Diabète traité par biquanides* Tétanie/spasmophilie Troubles métaboliques ou endocriniens sévères
Dermatologie	Différentes affections peuvent entrainer des contre-indications temporaires ou définitives, selon leur intensité ou leur retentissement pulmonaire, neurologique ou cardio vasculaire	
Gastro-entérologie	Manchon anti-reflux	Hernie hiatale ou reflux gastro œsophagien à évaluer
Toute prise de médicament ou de substance susceptible de modifier le comportement peut être une cause de contre-indication. **La survenue d'une maladie de cette liste nécessite un nouvel examen.**		
Toutes les pathologies affectées d'un * doivent faire l'objet d'une évaluation et le certificat médical de non contre-indication ne peut être délivré que par un médecin fédéral.		
La reprise de la plongée après un accident de désaturation, une surpression pulmonaire, un passage en caisson hyperbare ou autre accident de plongée sévère, nécessitera l'avis d'un médecin fédéral ou d'un médecin spécialisé selon le règlement médical.		

☐(COCHER)[2] J'atteste avoir pris connaissances des contre-indications à la pratique de la plongée en scaphandre autonome, et dans le doute, avoir consulté un médecin fédéral. Pour plus de renseignements, consultez le site : https://medical.ffessm.fr/.

☐(COCHER)[2] J'accepte que les informations recueillis fassent l'objet d'un traitement informatique destiné au secrétariat du club, en charge des adhésions. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficier d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à : Charly SERRES – Président du club de plongée Chaurien. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

☐(COCHER)[2] J'autorise le Club de plongée Chaurien à diffuser des images me représentant sur les supports de communication du club (site internet et page Facebook, dont l'accès est réservé aux seuls membres du club), ainsi que dans des articles de presse.

☐(COCHER)[2] J'ai lu et m'engage à respecter le règlement intérieur du Club de plongée Chaurien disponible à cette adresse : https://www.cpchaurien.com/index.php/reglement-interieur-cpc

Date et signature :

[2] : Cases à cocher obligatoirement

ANNEXE I :

FFESSM
COMMISSION MÉDICALE ET DE PRÉVENTION

FÉDÉRATION FRANÇAISE D'ÉTUDES ET DE SPORTS SOUS-MARINS.

FRENCH UNDERWATER FEDERATION
Fondée en 1948, membre fondateur de la Confédération mondiale des activités subaquatiques.

Certificat médical d'Absence de Contre-Indication à la pratique des activités subaquatiques

Je soussigné(e) Docteur : Exerçant à :

Certifie avoir examiné ce jour :
NOM : **Prénom :** **Né(e) le :**
Rayez les mentions inutiles*

médecin, généraliste* du sport* fédéral* n° :
diplômé de médecine subaquatique* autre* :

et ne pas avoir constaté, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations, de contre-indication cliniquement décelable à la pratique :

☐ **De l'ensemble des activités subaquatiques de loisir en pratique, encadrement et enseignement (*)**
Ou bien seulement (cocher) :
- ☐ DES ACTIVITÉS DE PLONGÉE EN SCAPHANDRE AUTONOME
- ☐ DES ACTIVITÉS EN APNÉE
- ☐ DE L'APNEE EN PROFONDEUR > 6 METRES
- ☐ DES ACTIVITÉS DE NAGE AVEC ACCESSOIRES

(*) rayer éventuellement une des trois mentions si nécessaire

☐ **de la ou des activité(s) suivante(s) EN COMPÉTITION** (spécifier en toute lettre) :

Pour mémoire les particularités suivantes nécessitent un certificat délivré par un médecin fédéral, du sport ou qualifié :
- TRIMIX hypoxique
- APNÉE en PROFONDEUR > 6 mètres en compétition
- Reprise de l'activité après accident de plongée

Pour la pratique HANDISUB se référer au site : https://handisub.ffessm.fr

Conseil(s) de prévention s'il existe un ou des facteurs de risque tels que cardiovasculaires ou rachidiens (en particulier pour l'encadrement en plongée subaquatique…) relatif(s) au :
☐ risque d'accident de désaturation ☐ risque d'œdème pulmonaire d'immersion ☐ autres restrictions.

Les préconisations de la FFESSM relatives à l'examen médical préalable à la pratique des activités subaquatiques fédérales, la liste des contre-indications et les conseils relatifs aux restrictions de pratique sont disponibles sur le site de la Commission Médicale et de Prévention Nationale : https://medical.ffessm.fr

NOMBRE DE ☐ COCHÉE(S) (obligatoire) :

Pour les disciplines à contraintes particulières (plongée scaphandre et apnée en fosse ou milieu naturel), le CACI est obligatoire annuellement pour tous, majeurs et mineurs
Pour les autres disciplines fédérales non à contraintes particulières, le CACI est obligatoire annuellement pour les pratiquants âgés de 18 ans et plus (questionnaire de santé pour les mineurs).
En cas de modification de l'état de santé ou d'accident de plongée, la validité de ce certificat est suspendue.
En cas de pratique compétitive, l'absence de contre-indication à la pratique en compétition de la discipline concernée devra être spécifiée sur le CACI.
Ce certificat est remis en main propre à l'intéressé ou son représentant

Fait à : **Date :** **signature et cachet :**

ANNEXE II :

Questionnaire médical préalable à la visite médicale d'absence de contre-indication à la pratique d'activités subaquatiques

Date : _____
NOM : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____Profession : _____
Comment vous sentez vous aujourd'hui ?

Avez-vous eu une perte de poids importante ces derniers mois ?

Activités physiques et subaquatiques :
Activité(s) subaquatique(s) pratiquée(s) ou en projet de pratique :

Date approximative des débuts de la pratique _____
Niveau de pratique : _____nombre de plongées au total : _____
Pratique : d'encadrement / d'enseignement : □ oui - □ non ; de compétition : □ oui - □ non
Pratique d'autres activités sportives : _____
Nombre d'heures d'activités physiques / sportives pratiquées par semaine : _____
Incidents ou accidents au cours de ces activités, y compris en plongée (préciser date et le type d'accident) :

Habitudes de vie :
Fumez-vous : □ oui - □ non si oui, nombre de cigarettes /jour : _____
Nature du produit fumé : _____
Avez-vous fumé : □ oui - □ non si oui, date d'arrêt : _____
Consommation de boissons alcoolisées : □ tous les jours : ____ verres/j - □ occasionnellement - □ jamais
Avez-vous été traité pour des problèmes d'alcool ces 5 dernières années ? □ oui - □ non
Autres toxiques consommés (y compris occasionnellement) :

Antécédents chirurgicaux / traumatiques :
Avez-vous déjà eu une ou des opération(s) :

cardiaque	□ oui - □ non	si oui, date* et cause :
thoracique	□ oui - □ non	si oui, date* et cause :
sphère ORL	□ oui - □ non	si oui, date* et cause :
ophtalmologique	□ oui - □ non	si oui, date* et cause :
digestive	□ oui - □ non	si oui, date* et cause :
voies urinaires	□ oui - □ non	si oui, date* et cause :
colonne vertébrale	□ oui - □ non	si oui, date* et cause :
cerveau	□ oui - □ non	si oui, date* et cause :
orthopédique	□ oui - □ non	si oui, date* et cause :
autre	□ oui - □ non	si oui, date* et cause :

Autres traumatismes et fractures :
Avez-vous déjà eu un traumatisme crânien : □ oui - □ non ; si oui, précisez date* :_____
En dehors des opérations, avez-vous déjà été hospitalisé : □ oui - □ non
si oui, précisez date* et cause :

Antécédents médicaux :

Prenez-vous des médicaments tous les jours ou de façon régulière : □ oui - □ non
si oui, précisez lesquels :
Avez-vous des allergies : □ oui - □ non ; si oui, à quoi : _____
et quel type de manifestations :
Femmes : contraception : _____traitement de la ménopause : _____

Dans la famille (vos parents, oncles, tantes, frères et sœur) :
Problèmes cardio vasculaires : _____
Autres problèmes de santé particuliers (hémophilie, ...) : _____
Mort subite précoce avant 50 ans (y compris nourrisson) : _____

**date approximative*

Commission Médicale et de Prévention Nationale de la FFESSM
www.ffessm.fr - http://medical.ffessm.fr

A l'effort et / ou dans l'eau, avez vous déjà ressenti :			
malaise ou perte de connaissance	□ oui - □ non	fatigue inhabituelle	□ oui - □ non
douleur thoracique	□ oui - □ non	trouble visuel ou impression de "trou noir"	□ oui - □ non
palpitations	□ oui - □ non	céphalées (maux de tête)	□ oui - □ non
essoufflement anormal	□ oui - □ non	vomissements ou douleurs abdominales	□ oui - □ non
respiration sifflante	□ oui - □ non	difficultés de récupération	□ oui - □ non
toux anormale	□ oui - □ non		

Avez-vous déjà présenté ou présentez-vous :

Malaise	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Perte de connaissance	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Crise d'épilepsie/ convulsion	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Prenez-vous ou avez-vous pris un traitement médical pour prévenir les convulsions ?		□ oui - □ non	si oui, date* :
Cancer	□ oui - □ non	si oui, type et date* :	
Bronchites >3/an	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Asthme	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Respiration sifflante	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Pneumothorax	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Crachat de sang	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Essoufflement anormal	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Autre pb respiratoire	□ oui - □ non	si oui, le(s)quel(s) :	
Douleur thoracique	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Hypertension artérielle, traitée ou non		□ oui - □ non	si oui, date* :
Infarctus / angine de poitrine	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Palpitations / troubles du rythme	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Notion de souffle cardiaque	□ oui - □ non	si oui, date* :	
AVC (attaque cérébrale) / AIT	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Autre problème cardio vasculaire	□ oui - □ non	si oui, le(s)quel(s) :	
Diabète	□ oui - □ non	si oui, type et date* :	
Phlébite / embolie	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Maladie du sang (hémophilie, saignements prolongés ou anormaux ...)		□ oui - □ non	si oui, date* :
Otites / sinusites >3/an	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Vertige, problème d'équilibre	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Trouble de l'audition	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Autre pb ORL	□ oui - □ non	si oui, le(s)quel(s) :	
Port de lunettes et/ou lentilles	□ oui - □ non	si oui, vision :	□ de près - □ de loin
Autre pb ophtalmo	□ oui - □ non	si oui, le(s)quel(s) :	
Reflux gastro-oesophagien	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Ulcère gastro duodénal	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Autre problème digestif	□ oui - □ non	si oui, le(s)quel(s) :	
Problèmes récurrents de rachis / de dos		□ oui - □ non	si oui, date* :
Anxiété	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Dépression	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Attaque de panique	□ oui - □ non	si oui, date* :	
Autre affection psychiatrique	□ oui - □ non	si oui, la(es)quelle(s) :	
Grossesse en cours ou envisagée		□ oui - □ non	

Etes-vous suivi / avez-vous été suivi pour des problèmes de santé que je ne vous ai pas demandé : □ oui - □ non ; si oui, lesquels :

Je certifie que ces renseignements sont exacts et prends l'entière responsabilité d'une déclaration incomplète ou erronée

Date : _____ *Nom et signature du pratiquant ou du responsable légal si mineur :*

ANNEXE III :

Fiche d'examen médical d'absence de contre-indication à la pratique d'activités subaquatiques

NOM:	**Prénom:**		**Age :**
Niveau de plongée / de pratique :			Compétition : □ oui - □ non
Antécédents médicaux :		Antécédents chirurgicaux :	
Antécédents familiaux :		Traitements en cours :	
Allergies : □ oui - □ non			
Plaintes ce jour :		Symptomatologie d'effort :	
Taille :	**Poids :**	**Croissance normale pour l'âge : □ oui - □ non**	
Anomalies métaboliques : □ oui - □ non		**Facteurs de risques CV :**	
Auscultation cardiaque normale	□ oui - □ non	Auscultation pulmonaire normale	□ oui - □ non
TA repos :	Pouls périphériques	□ oui - □ non	Etat veineux normal : □ oui - □ non
FC repos :	Souffle artériel	□ oui - □ non	
ECG : *recommandé lors de la 1ère visite, tous les 3 ans de 12 à 35 ans, à chaque visite après 35 ans et/ou selon signes d'appel*			
rythme :	FC :	axe :	PR :
aspect QRS :	QT :	QTc :	
repolarisation :	indice de Sokolow :		
Bilan cardiologique spécialisé : □ oui - □ non *recommandé chez les sujets :* *. présentant des facteurs de risque péjoratif :* *les obèses (IMC > 30), les hypertendus et les diabétiques* *. présentant l'association d'au moins 2 FR parmi :* *- âge > 40 ans (hommes) ou 50 ans (femmes)* *- tabagisme actif ou sevré depuis moins de 5 ans* *- dyslipidémie (LDL cholestérol > 1,5 g/L* *- hérédité cardiovasculaire chez un ascendant du premier degré*		Bilan pneumologique spécialisé : □ oui - □ non *recommandé chez les sujets présentant des signes fonctionnels respiratoires,* *en cas d'antécédent (notamment pour la plongée en scaphandre)*	

Anomalie(s) cardio respiratoire(s):

ORL	otoscopie normale : □ oui - □ non		Valsalva / équilibrage normal	□ oui - □ non
audition normale	□ oui - □ non	équilibre normal	□ oui - □ non	anomalie :
Acuité visuelle :	sans correction :	œil droit :		œil gauche :
	avec correction :	œil droit :		œil gauche :
Appareil locomoteur normal		mb inférieurs : □ oui - □ non		mb supérieurs : □ oui - □ non
Rachis : □ oui - □ non		*(en particulier jeunes, pratique NAP, hockey sub et orientation sub)*		
Etat bucco-dentaire : □ bon - □ moyen - □ mauvais - □ prothèse				
Psychisme normal □ oui - □ non		Remarques :		
Examen neurologique normal : □ oui - □ non				
Etat cutané :				
Autres :				

Conclusion (et signature médecin) :
Examens complémentaires / avis spécialisés à prévoir :
Demande d'évaluation par médecin de plongée *(pour adaptation des conditions de pratique)* : □ oui - □ non
Contre-indication : □ oui - □ non si oui : CI □ temporaire - □ définitive
Restrictions : Justification, remarques :

Date de l'examen :