



# Formulaire adultes

2023

Centre d'Activités SubAquatiques Louviérois A.S.B.L.  
121, rue Sylvain Guyaux 7100 La Louvière  
Site internet : <http://www.casal.be>

## Cotisation

### Cotisations pour paiement avant le 25 décembre

	Breveté	Non breveté
Cotisation annuelle valable du 1 janvier au 31 décembre (12 mois)	140€	+ 100€
Deuxième personne résidant sous le même toit	135€	lors du
Troisième personne résidant sous le même toit	130€	passage de
Quatrième personne résidant sous le même toit	125€	brevet 1* si
		passage

Inscription double appartenance : 80 €

Cotisation du 1<sup>er</sup> septembre au 31 décembre de l'année suivante (16 mois) : 205 €

### Si le paiement est effectué après le 25 décembre , toutes les cotisations sont augmentées de 15 €

Pour le plongeur non breveté, la cotisation de base est à payer à l'inscription et le kit d'une valeur de 100 euros avant le passage du brevet (examen théorique). Ce kit comprend un filofax, un manuel de cours, un carnet de plongées, la carte de préparation du brevet et l'homologation du brevet ainsi que la carte CMAS reconnue internationalement.

La cotisation comprend :

- L'accès à la piscine : - les lundis de 20h30 à 21h30 (rendez-vous à 20h15)  
- les mercredis de 19h00 à 20h15 (rendez-vous à 18h45)
- Le prêt du matériel « lourd » (bouteille, détendeur et gilet) pour les entraînements en piscine.
- Les cours théoriques et pratiques.
- L'encadrement lors des sorties club.
- La revue trimestrielle de la LIFRAS « Hippocampe ».
- Les assurances obligatoires diverses.
- La quote-part au club et à la LIFRAS/CMAS.
- L'accès au site du CASAL.

**Renseignez-vous, certaines mutuelles prennent en charge une partie de votre affiliation à un club sportif.**

## Marche à suivre

- 1) **Effectuer une visite médicale et un ECG à l'effort**  
Bien que cette visite puisse être réalisée par n'importe quel médecin, il est fortement conseillé, dans la mesure du possible, de se faire examiner par un médecin pratiquant la plongée.  
Garder une copie de sa visite médicale et de son ECG à l'effort

- 2) **S'acquitter de la cotisation.**  
Effectuez votre paiement par virement bancaire sur le compte n° **BE 65 0689 4386 5496**  
code BIC de la banque **GKCCBEBB** avec en communication le(s) nom(s) + cotisation.

Bénéficiaire : **ASBLCASAL**  
**121, rue Sylvain Guyaux**  
**7100 LA LOUVIERE**

- 3) Vous procurer le petit matériel (palmes, masque, tuba et ceinture de plomb).
- 4) Pour que votre inscription soit validée auprès de la ligue (LIFRAS), remettez les documents administratifs dûment complétés, une **COPIE** de l'attestation médicale et la preuve du paiement de votre cotisation au **secrétariat**. Compléter les documents ci-après et les remettre à la présidente ou à la secrétaire !

**A défaut, n'étant pas assuré, vous n'aurez accès ni à la piscine, ni aux plongées en milieu naturel.**

## FICHE D'INSCRIPTION

A compléter en lettres MAJUSCULES

Nom ..... Prénom .....

Date de naissance .....

Adresse .....

Code postal ..... Localité .....

N° de téléphone .....

N° ICE (tél. à contacter en cas d'urgence) .....

Email .....

Pour les membres de moins de 18 ans : coordonnées du/ des parent(s) civilement responsable(s)

N° de téléphone 1 ..... Email 1 .....

N° de téléphone 2 ..... Email 2 .....

Brevets de plongée : (cocher et entourer les brevets obtenus)

- LIFRAS: 1\* - 2\* - 3\* - 4\* - AMC - MC - MF - MN
- Brevet de spécialisation LIFRAS :  
PPA - Nitrox Basic - Nitrox confirmé - Plongée enfant - Vêtement étanche - Sidemount - TSA
- Brevet de secourisme :  
CFPS - DAN O<sup>2</sup> provider - Secouriste (Premiers soins, BLS, ERC BLS/ AED)  
Obtenu en (date) ..... recyclé en (date) .....
- Brevet ADEPS: niveau 1 - niveau 2 - niveau 3
- Autre que LIFRAS: Organisation ..... Brevet .....

Publication de mon image (cocher la case correspondant à votre choix.)

- J'accepte la publication de mon image sur le site internet de l'école, les documents liés à la promotion de notre école et les documents de communication.
- Je refuse la publication de mon image.

Signature du membre ou signature des père(s), mère(s), civilement responsables pour les moins de 18 ans :

Je m'engage à respecter les statuts et les règlements de l'ASBL CASAL et de la LIFRAS.

Date:

Signature :

# Certificat médical LIFRAS



LIGUE FRANCOPHONE DE RECHERCHES  
ET D'ACTIVITÉS SUBAQUATIQUES ASBL

**lifras** CLUB : .....

*À remplir (en caractères d'imprimerie) et à signer avant la visite médicale :*

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Numéro du registre des brevets : .....  
Niveau technique de brevet (à encadrer ou biffer) : NB / P1\* / P2\* / P3\* / P4\* / M1\* / M2\* / M3\*  
Autre(s) brevet(s) éventuel(s) : .....  
Je déclare avoir pris connaissance des directives concernant les contre-indications relatives ou absolues à la pratique des différentes activités sportives reprises sur le site [www.lifras.be](http://www.lifras.be)  
Date : ..... Signature du membre : .....

## ATTESTATION MÉDICALE

Je soussigné, docteur en médecine, déclare avoir pris connaissance des directives concernant les contre-indications relatives ou absolues à la pratique des différentes activités sportives reprises sur le site [www.lifras.be](http://www.lifras.be) et atteste pour le membre, dont références ci-dessus :

*(Cochez ou non les cases ci-dessous)*

- Avoir subi un ECG à l'effort le ..... / ..... / .....
- Ne pas avoir constaté ce jour, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations, de contre-indication cliniquement décelable à la pratique à partir de 14 ans des disciplines suivantes :
- la plongée en scaphandre autonome en eaux libres
  - la plongée en apnée en eaux libres
  - la nage avec palmes
  - le hockey subaquatique
  - le hockey subaquatique en compétition
  - l'entraînement piscine de(s) la discipline(s) .....
- Avoir constaté une inaptitude temporaire jusqu'au ..... / ..... / ..... à pratiquer la(es) discipline(s) .....
- Avoir constaté une inaptitude définitive à pratiquer la(es) discipline(s) .....

Remarque(s) : .....

**ATTENTION : Inscrire obligatoirement dans la case de droite le nombre de case(s) cochée(s) ci-dessus :**

CACHET	SIGNATURE
	Date : ..... / ..... / .....

**VEUILLEZ CONSULTER LES CONTRE-INDICATIONS SUR LE SITE [www.lifras.be](http://www.lifras.be)**

La liste des médecins spécialisés est disponible au secrétariat de la LIFRAS

Rue Jules Broeren 38, 1070 BRUXELLES

Tél. 02.521.70.21

Fax 02.522.30.72

E-mail : [info@lifras.be](mailto:info@lifras.be)

## Aptitude médicale - Plongée adulte en scaphandre autonome

L'examen médical n'a d'autre but que de permettre la pratique de la plongée sous-marine au moindre risque pour le candidat. Il est fait pour la sécurité des plongeurs. Il y a donc lieu, pour les candidats, de répondre aux questions du médecin avec soin et sincérité.

Cette liste est indicative et non limitative. Le médecin examinateur portera une attention particulière sur les points suivants, sachant qu'ils représentent des contre-indications relatives ou absolues, mettant la vie du candidat en danger :

- la grossesse,
- toutes les formes d'asthme,
- les pneumothorax et les «trappes à air» pulmonaires,
- les infections pulmonaires,
- toutes maladies, malformations ou opérations réduisant les échanges pulmonaires,
- les affections de la sphère O.R.L., en particulier celles entraînant des vertiges,
- les difficultés de compensation de la pression aux oreilles et aux sinus,
- les caries et plombages en mauvais état,
- les maladies cardiaques ou circulatoires responsables de shunts gauches-droits, d'une réduction de la perfusion myocardique, d'artérites ou tous autres troubles de la perfusion tissulaire,
- l'hypertension artérielle non traitée,
- le diabète, même traité (insulino-dépendant ou non),
- les maladies neurologiques dégénératives,
- l'épilepsie et les convulsions, (même en traitement),
- les dépressions nerveuses et les maladies mentales,
- l'abus d'alcool ou l'utilisation de «drogues»,
- les troubles importants du métabolisme lipidique non traités,
- les fractures non guéries ou datant de moins de six mois,
- les antécédents d'accidents de plongée,
- la prise régulière de certains médicaments,
- les ulcères évolutifs du tractus digestif,
- les glaucomes à angle fermé.

La survenue d'une maladie de cette liste nécessite un nouvel examen médical.

Il est recommandé au médecin examinateur :

- de pratiquer tout examen complémentaire qu'il jugerait indispensable,
- d'inviter le candidat à contresigner la déclaration.

En cas de litige ou de désaccord le médecin examinateur et/ou le candidat peuvent soumettre le dossier médical à la Commission Médicale de la LIFRAS qui statuera en dernier ressort.

La liste des médecins spécialisés est disponible au secrétariat de la LIFRAS

Rue Jules Broeren 38, 1070 BRUXELLES

Tél. 02.521.70.21

Fax 02.522.30.72

E-mail : [info@lifras.be](mailto:info@lifras.be)

# **FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU MEMBRE POUR LE TRAITEMENT ET L'ÉCHANGE DE SES DONNÉES PERSONNELLES DANS LE CADRE DU TRAITEMENT DE SON INSCRIPTION**

## **POURQUOI COLLECTE-T-ON VOS DONNÉES ? QUELLES DONNÉES ? QUI EN EST LE RESPONSABLE ?**

- Dans le cadre de l'activité menée par l'ASBL CASAL à laquelle vous désirez vous associer, celle-ci doit recueillir un certain nombre d'information vous concernant, afin de réaliser les tâches suivantes :
  - Réunir toutes les informations utiles pour la pratique de la plongée sous-marine ;
  - Communiquer à la Ligue et à ARENA toutes les informations utiles à la pratique de la plongée sous-marine ;
  - Permettre l'enseignement de la plongée sous-marine ;
  - Permettre aux membres de l'ASBL de vivre en collectivité et de partager la passion de la plongée sous-marine ;
  - Prendre contact avec les membres et leur communiquer les activités pour réaliser ces objectifs précités ;
  - Faire bénéficier d'avantages aux membres.
- Les données collectées sont vos données d'identité, votre adresse de correspondance et de facturation, ainsi que toutes les données strictement nécessaires à accomplir les tâches listées précédemment. Ces données peuvent, si cela est nécessaire au traitement de votre dossier, être des données sensibles, telles que des certificats médicaux, des lettres et des rapports rédigés des médecins qui vous ont traité.
- Ces données sont collectées et sont utilisées avec votre accord et conformément aux lois européennes et nationales sur la protection des données.
- La secrétaire et le président de notre école sont responsables de vos données. Vous pouvez les contacter pour poser toutes les questions que vous jugez utiles.

## **COMMENT VOS DONNÉES SONT-ELLES STOCKÉES ?**

- Vos données sont stockées sous la forme de dossier papier et/ou de dossier électronique, sous la responsabilité du secrétaire et du président qui prennent toutes les mesures nécessaires pour assurer leur sécurité.
- Vos données sont partagées pour le traitement de votre inscription et gestion par un système électronique d'échange d'informations sécurisé GEMELI mis en place par notre Ligue, la LIFRAS ou tout autre système similaire à venir.
- Vos données sont stockées pour la durée de votre inscription qui peut être renouvelée chaque année. Une fois votre non réinscription, vos données sont stockées afin de permettre de garder un historique de notre école mais également pour des raisons de sécurité et de suivi qu'imposent l'exercice de la plongée sous-marine, conservation du brevet.

## **QUI AURA ACCÈS À VOS DONNÉES ?**

- Les membres du Conseil d'administration et du Conseil de l'enseignement auront accès à votre dossier, afin de pouvoir gérer au mieux l'ASBL CASAL, notamment pour la gestion du matériel, pour la tenue de la comptabilité, pour assurer l'enseignement de la plongée sous-marine, pour le traitement d'éventuels accidents, pour remplir les obligations administratives et légales, pour assurer la sécurité de tous et prévenir un conjoint ou autre personne en cas d'accident.
- Ces données seront également partagées avec la LIFRAS afin d'informer les membres d'activités organisées par celle-ci, des changements de réglementation au sein de la CMAS, de la LIFRAS et ARENA en ce qui concerne l'assurance du membre.

## **QUID D'UNE BASE DE DONNÉES CLIENTS ?**

Vous pouvez aussi nous dire si vous souhaitez être contacté dans le cadre des activités d'information organisées par notre école afin de recevoir les emails et le journal « A pleines Bulles ».

## **QUEL SONT VOS DROITS ?**

- Vous avez le droit de donner ou de retirer votre accord pour le traitement et l'échange de vos données.
- Si vous acceptez aujourd'hui de donner vos données et qu'elles soient traitées dans le cadre de votre inscription, vous pourrez toujours retirer votre accord plus tard. Dans ce cas, la secrétaire et le président vous expliqueront comment vos données seront supprimées. Néanmoins, toutes les informations, notamment celles qui ont été utilisées par notre LIGUE pour des raisons d'assurance et d'historique de brevet, ne pourront pas être supprimées.
- Vous avez le droit d'être informé sur les fins auxquelles vos données seront traitées et sur les personnes qui auront accès à vos données. L'ASBL CASAL vous indiquera quelles personnes seront associées au traitement de votre dossier et quelles personnes auront accès à votre dossier ou vous demandera si vous désirez obtenir les avantages d'un partenaire commercial auquel vous devrez alors donner votre accord.
- Vous avez le droit de demander quelles informations vous concernant sont enregistrées et de demander des corrections, si certaines informations ne sont pas correctes.
- Vous avez le droit de recevoir toutes les informations vous concernant qui sont enregistrées sous un format portable et lisible.
- La secrétaire et le président qui collectent directement vos données sont responsables de ces données.
- La secrétaire et le président ont le devoir de s'assurer que vos données sont traitées en toute sécurité et de vous avertir si la sécurité de vos données n'est pas respectée.

**CE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT PEUT ÊTRE UTILISÉ POUR TRAITER ET ECHANGER DES DONNEES DANS LE CADRE DU TRAITEMENT DE VOTRE INSCRIPTION POUR LES FINALITES SUIVANTES :**

- Correspondance avec vous concernant votre inscription et la gestion de celle-ci ainsi que pour communiquer toutes activités ludiques, sociales ou d'enseignement avec vous;
- Facturation;
- Permettre à l'ASBL CASAL de remplir ses propres obligations;
- Réunir toutes les informations utiles pour la pratique de la plongée sous-marine ;
- Communiquer à la Ligue et à ARENA toutes les informations utiles à la pratique de la plongée sous-marine ;
- Permettre l'enseignement de la plongée sous-marine ;
- Permettre aux membres de l'ASBL de vivre en collectivité et de partager la passion de la plongée sous-marine ;
- Prendre contact avec les membres et leur communiquer les activités pour réaliser ces objectifs précités ;
- Vous faire bénéficier d'avantages proposés par des partenaires commerciaux.

**Nom et prénom :** ..... **Date de naissance :** ..../..../.....

**Signature des personnes civilement responsables /père(s) : mère(s) pour les mineurs :**

**Nom et prénom :**

**Nom et prénom :**

**Signature :**

**Signature :**

- Je déclare avoir lu ce document et que son contenu m'a été expliqué.
- J'ai disposé de suffisamment de temps pour prendre en considération le fait de confier mes données personnelles à l'ASBL CASAL, pour le traitement de mon dossier.
- J'ai pu poser toutes les questions que je souhaitais.
- Je sais que mes données personnelles seront traitées pour les finalités listées ci-dessus, qui m'ont été expliquées par la secrétaire ou le président, que les membres du Conseil d'administration et du Conseil de l'enseignement, ainsi que la LIFRAS et ARENA pourront y accéder lorsque cela sera nécessaire pour traiter mon inscription, et que mes données pourront être échangées avec la LIFRAS (LIGUE FRANCOPHONE DE RECHERCHE ET D'ACTIVITES SUBAQUATIQUES) et ARENA, pour le traitement de mon dossier et j'y consens.
- Le présent consentement est valide tant et aussi longtemps que je serai inscrit à la LIFRAS. Je comprends également que je ne suis pas obligé(e) de donner ce consentement et que je peux le retirer par écrit en tout ou en partie, et ce, en tout temps. Je suis conscient que certaines données comme mon nom, mon prénom, date de naissance, coordonnées et brevet seront conservés par la LIFRAS.

**Signature :**

**Date :**

- Je souhaite que mes données de correspondance (nom, prénom(s), adresse et adresse électronique), soient incluses dans un fichier et je consens à recevoir des informations sur les activités/publications de l'ASBL CASAL.

**Signature :**

**Date :**

- Je souhaite que mes données de correspondance (nom, prénom(s), adresse et adresse électronique), soient incluses dans un fichier et communiquées à des partenaires commerciaux dont je souhaite obtenir des avantages.

**Signature :**

**Date :**

**PERSONNE AUTORISÉE À CONSTATER LE CONSENTEMENT**  
**Nom et prénom :** ..... **Fonction :** secrétaire/ président  
**Date :** ..... **Cachet de l'ASBL et signature :** .....