



Fédération Française
de Spéléologie

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE SPÉLÉOLOGIE
28 rue Delandine - 69002 Lyon
04 72 56 09 63 - adherents@ffspeleo.fr

ffspeleo.fr

CERTIFICAT MÉDICAL

SPÉLÉOLOGIE, CANYONISME ET PLONGÉE SOUTERRAINE

La spéléologie et le canyonisme sont des activités de pleine nature, non compétitives, permettant tous les niveaux de pratique, de la simple promenade souterraine ou en cours d'eau, à l'exploration profonde et engagée. L'effort nécessaire intéresse tous les groupes musculaires. La progression est très variée, associant marche en terrain accidenté, escalade, passage d'étroitures, descentes et remontées de puits, cascades, nage en eau vive.

Il s'agit d'un effort endurant de plusieurs heures, avec des périodes d'effort résistant maximal, se déroulant dans un milieu relativement hostile.

Les appareils cardiovasculaire, respiratoire et locomoteur sont les plus sollicités quelle que soit la pratique.

Commission médicale : <https://comed.ffspeleo.fr>

POUR PRATIQUER LA SPÉLÉOLOGIE ET LE CANYONISME

Tout médecin est habilité à signer ce certificat et à informer le pratiquant sur ses possibilités physiques et ses limites.

Une intégrité anatomique et une bonne tolérance cardiovasculaire à l'effort suffisent. Il n'y a pas de contre-indication médicale formelle à la pratique de la spéléologie et du canyonisme.

Toutefois, les risques du milieu, la durée des explorations, la difficulté des secours et le niveau de pratique choisi doivent faire évaluer les conséquences physiologiques et les risques personnels liés aux pathologies suivantes si elles sont présentes :

- les maladies cardiovasculaires ;
- l'épilepsie et les états syncopaux ;
- le diabète insulino-dépendant ;
- les troubles de l'équilibre ;
- les pathologies rhumatologiques ;
- les maladies pleuro-pulmonaires ;
- les néphropathies ;
- les troubles de la coagulation sanguine ;
- la convalescence de maladies graves ;
- les affections psychiatriques non compensées ;
- la grossesse après le 3^{ème} mois.

L'entretien médical et l'examen clinique général permettront au médecin d'évaluer et de conseiller le sujet sur sa pratique et son niveau de risque selon la nature de la pathologie, sa gravité, son traitement, son évolutivité et son équilibre, l'âge du pratiquant, son niveau d'éducation thérapeutique, son niveau de sensibilisation, son niveau de pratique, son psychisme, son projet personnel, etc. L'attention sera portée en particulier sur l'examen cardiovasculaire et respiratoire.

Toute situation de handicap, qu'il soit physique, mental ou sensoriel, nécessitera le même raisonnement, l'accueil de ces personnes étant possible avec un encadrement adapté.

À partir de 35 ans, un électrocardiogramme est conseillé, à renouveler tous les 5 ans, complété d'une épreuve d'effort s'il existe des facteurs de risque cardiovasculaire (facteur familial, tabagisme, HTA, hyperlipidémie, surcharge pondérale, etc.), ainsi qu'un bilan biologique. Il peut être fait plus précocement et plus fréquemment si nécessaire.

La vaccination antitétanique est indispensable. D'autres vaccins peuvent être conseillés, notamment pour les expéditions à l'étranger et certains types de pratique (canyonisme, plongée souterraine).

POUR LA PRATIQUE DE LA PLONGÉE SOUTERRAINE

Aux contraintes physiologiques de la spéléologie s'ajoutent celles de la plongée subaquatique.

Les contre-indications médicales de la plongée subaquatique sont à consulter sur les documents spécifiques à cette activité.

L'attention sera portée en particulier sur l'examen ORL et dentaire.

Les recommandations sont consultables sur l'adresse suivante : <https://comed.ffspeleo.fr>, onglet « certificats ».



Fédération Française
de Spéléologie

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE SPÉLÉOLOGIE
28 rue Delandine - 69002 Lyon
04 72 56 09 63 - adherents@ffspeleo.fr

ffspeleo.fr

CERTIFICAT MÉDICAL

A 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

Mme, M. :

Date de naissance :

Certifie qu'il/elle ne présente pas de contre-indication médicale cliniquement décelable ce jour à la pratique :

- 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 du professionnel

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



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.

ANTÉCÉDENTS	Oui	Non
Cardio-vasculaire et respiratoire		
Hypertension artérielle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infarctus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Malformation cardiaque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles du rythme cardiaque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Affections respiratoires, asthme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ORL / Ophtalmologie		
Vertiges, pertes d'équilibre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Surdité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Affections oculaires (glaucome, cataracte)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neurologie		
Traumatisme crânien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perte de connaissances	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Endormissement fréquent en journée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Syndrôme d'apnée du sommeil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Appareil locomoteur		
Maladie articulaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limitation des mouvements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladie osseuse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traumatismes (fractures, luxations, entorses graves)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interventions chirurgicales		
Si oui, lesquelles ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....		
Diabète	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trouble de la coagulation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traitement(s) en cours ou r�guli�rs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tabac	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cannabis ou autres substances	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antécédents psychiatriques (dépression...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Invalidité sécurité sociale / Handicap MDPH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Je soussigné,....., certifie l'exactitude des réponses données à 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