

CE CERTIFICAT PEUT ETRE REMPLI UNE SEULE FOIS POUR PLUSIEURS PARTICIPANTS. INDIQUEZ LISIBLEMENT LE NOM DE CHAQUE PARTICIPANT.

× DESCRIPTION DU SPA

- Le spa est un bain à remous, plus connu sous le nom de jacuzzi. Le spa contient en permanence de l'eau chauffée de 35 à 38 degrés. Les remous sont provoqués par injection d'eau et d'air, et génèrent des massages relaxants et stimulants. L'eau y est en permanence filtrée, traitée, recyclée.
- Bassin pouvant accueillir 4 personnes dont une place spécialement dédiée aux personnes à mobilité réduite.
- Accès des personnes à mobilité réduite par potence de mise à l'eau.

× REGLES SANITAIRES LIEES A LA BAINNADE EN SPA

- Dans le cas de **plaies** ou de **lésions ouvertes**, dans le cas de **lésions dermatologiques**, les bains sont contre indiqués.
- L'avis d'un médecin sera obligatoire pour les personne sous l'emprise de **médicaments** ainsi que pour les **femmes enceintes**. L'avis d'un medecin est obligatoire pour les personnes atteintes de **pathologies tumorales**, de **maladies graves, cardiaques ou vasculaires** et en règle générale porteurs de **pathologies inflammatoires**, telle que maladies inflammatoire du système veineus de type thrombose, phlébite, ulcère variqueux, mais aussi les polyarthrites rhumatoïdes chroniques et évolutives, les **pathologies dégénératives en phase aigue**, ainsi que les maladies s'y rapprochant.
- Par prudence tout individu présentant une pathologie même mineure consultera son medecin pour obtenir un avis éclairé, ainsi que dans le cas d'allergies (chlore, etc.)
- Attention à la con sommation d'alcool, de drogues ou de médicaments avant les bains qui peut avoir des conséquences graves durant les bains, entrainer des malaises voire un évanouissement.
- Veiller au **risque d'hyperthermie** liée à des durées prolongées du corps dans l'eau chaude, surtout quand la température du corps est supérieures à la normale (36.5° c à 37° c), qui peut avoir pour conséquence des malaises graves.

CERTIFICAT MEDICAL
DE NON CONTRE INDICATION A LA BAINNADE EN SPA

Je soussigné,

Docteur en médecine, certifie que :

NOM Prénom des participants

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ne présente(nt) aucune contre-indication à la baignade en spa .

FAIT A :.....

LE :.....

en cochant cette case, j'atteste avoir pris connaissances des règles sanitaires liées à la baignade en spa

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN :