

FEDERATION FRANÇAISE DE PARACHUTISME

CERTIFICAT MÉDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DU PARACHUTISME SPORTIF

Je soussigné(e), Docteur en médecine _____

Certifie avoir examiné ce jour :

M _____

Né(e) le _____

Demeurant _____

Ne pas avoir constaté ce jour, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations, de contre-indication cliniquement décelable :

- ☐ à la pratique d'un saut en tandem pour les personnes mineures ou âgées de plus de 65 ans
- ☐ à la pratique du parachutisme sportif (saut d'aéronef)
- ☐ à l'enseignement du parachutisme pour les moniteurs de(s) « méthode traditionnelle », « progression accompagnée en chute » ou « saut en tandem âgés de moins de 50 ans ».
- ☐ à l'enseignement du parachutisme pour les moniteurs « saut en tandem âgés de plus de 50 ans » :
les moniteurs tandem âgés de plus de 50 ans devront bénéficier tous les deux ans d'une consultation chez un cardiologue qui jugera des facteurs de risque et de l'intérêt d'examens complémentaires (test d'effort ou autre...). Ce bilan sera fourni au médecin examinateur qui délivrera le certificat d'absence de contre-indication à la pratique et à l'enseignement du tandem.
- ☐ à la pratique du vol en soufflerie
- ☐ à l'enseignement du vol en soufflerie
- ☐ à la pratique du parachutisme ascensionnel (tracté-treillé)
- ☐ à l'enseignement du parachutisme ascensionnel (tracté-treillé)
- ☐ à la pratique du parapente
- ☐ à l'enseignement du parapente

☐ **Restrictions** _____

☐ **Présente une contre-indication** (précisez) _____

Fait à _____ le _____ signature et cachet

Nombre de case(s) cochée(s) dans le document : _____

Le présent certificat est valable 1 an. La liste des contre-indications est consultable sur le site fédéral :
<https://www.ffp.asso.fr> - Espace médical/Para-clic

En cas d'aptitude ou de demande de dérogation,

Adresser ce certificat médical et tous documents utiles au Médecin Fédéral National - 62, rue de Fécamp - 75012 PARIS