



# FEDERATION FRANÇAISE DE PARACHUTISME

## CERTIFICAT MÉDICAL DE NON 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
- à la pratique du parachutisme sportif (saut d'aéronef)
- à la pratique du parachutisme ascensionnel (tracté-treuilé)
- à la pratique du parapente
- à la pratique du vol en soufflerie
- à l'enseignement du parachutisme

**Restrictions** \_\_\_\_\_

**Présente une contre-indication** (précisez) \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ signature et cachet

La liste des contre-indications est consultable sur le site fédéral : <https://www.ffp.asso.fr> - Espace médical/Paraclic

**En cas d'inaptitude ou de demande de dérogation,**

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

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL

(à faire remplir par le candidat)

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

Date de naissance | \_\_\_\_ | | \_\_\_\_ | | \_\_\_\_ |

Niveau de pratique \_\_\_\_\_ Nombre de sauts \_\_\_\_\_

1/ Avez-vous déjà été opéré (e) ?  oui  non

Si oui, de quoi ? \_\_\_\_\_

2/ Avez-vous eu un traumatisme crânien avec perte de connaissance ?  oui  non

Si oui, quand et avec quelles conséquences ? \_\_\_\_\_

3/ Avez-vous (ou avez-vous eu) une ou des maladies particulières ?  oui  non

Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4/ Avez-vous des séquelles d'un traumatisme ostéoarticulaire ?  oui  non

Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5/ Avez-vous déjà eu une luxation de l'épaule ?  oui  non

6/ Prenez-vous des médicaments actuellement ?  oui  non

Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

7/ Antécédents ophtalmologiques  oui  non

Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

8/ Antécédents ORL  oui  non

Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

9/ Êtes-vous à jour de vos vaccinations ?  oui  non

10/ Autres remarques \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ atteste sur  
l'honneur que ces déclarations sont sincères et véritables.

Fait à ..... le .....

Signature