



# FÉDÉRATION 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-treillé)
- 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

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PARACHUTISME

**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 ophthalmologiques**  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