

# 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 (également 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'exams 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'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 remplir par le candidat pour le médecin)

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