

# FEDERATION FRANÇAISE DE PARACHUTISME

## CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DU PARACHUTISME SPORTIF SAUT EN TANDEM (BI-PLACE AVEC MONITEUR)

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_

- Médecin généraliste  
 Médecin du sport  
 Autre

Certifie avoir examiné ce jour :

M \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Demeurant \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Est « Apte » à un saut en Tandem à 4000 mètres**

Personne non sujette au malaise vagal,

Personne non sujette à la crise d'épilepsie,

Pas de fragilité au niveau des cervicales

Pas d'affection au niveau de l'oreille interne

Pas de pontage artériel

La personne n'est pas enceinte

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

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