Fédération Française de Parachutisme

Certificat Médical
de non contre-indication
à la pratique du parachutisme sportif
& du saut en tandem (bi-place) avec moniteur à 4000m

Je soussigne docteur, _____

***Médecin Généraliste**
***Médecin du Sport, du travail et militaire**
***Médecin Cardiologue**
***Médecin en centre de rééducation Neurologique & fonctionnelle**

Atteste avoir examiner ce jour : _____

Mme, Mr, _____

Né(e) le, _____

-La personne examinée est non sujette aux malaises Vagaux.
-La personne examinée est non sujette aux crises d'épilepsies.
-La personne examinée n'a pas de fragilité au niveau des cervicales.
-La personne examinée n'a pas d'affection au niveau de l'oreille interne.
-La personne examinée n'a pas de fragilité sur les articulations des membres sup. & inf.
-La personne examinée n'a pas de pontage artériel.
-La personne examinée n'est pas enceinte.

Je certifie ne pas avoir constater à ce jour,
sous réserve de l'exactitude des déclarations de mon patient,
de contre-indication cliniquement décelables.

*Que Mme ou Mr, **"est apte"** à la pratique du parachutisme sportif.

*Que Mme ou Mr, **"n'est pas apte"** à la pratique du parachutisme sportif.

Fait à : _____ Cachet obligatoire du docteur

Le : _____

*Rayer les mentions inutiles.