

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-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

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