

## Annexe 4 au Règlement Médical

# FEDERATION FRANÇAISE DE PARACHUTISME

## CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DU PARACHUTISME SPORTIF

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_

- Médecin diplômé de médecine aéronautique  
 Médecin du sport  
 Autre

Certifie avoir examiné ce jour :

M \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Demeurant \_\_\_\_\_

- Première licence     Reprise après arrêt médical     Renouvellement     Saut en Tandem  
 Compétition  
 Enseignement du parachutisme (rayer les mentions inutiles) :    **TRAD**    **PAC**    **TANDEM**

**Pour les moniteurs TANDEM** : voir l'arrêté Ministère des sports du 27 janvier 2014 relatif à l'autorisation annuelle d'exercer

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

- 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

**Restrictions** (verres correcteurs, etc.) \_\_\_\_\_

**Présente une contre-indication** (précisez) \_\_\_\_\_

Le jeune sportif de 15 à 16 ans désigné ci-dessus a bénéficié des examens prévus par la réglementation FFP et qu'il ne présente pas de contre-indication clinique à la pratique des activités désignées. L'âge de 12 ans est requis pour ascensionnel et parapente.

Je certifie avoir pris connaissance de la liste des contre-indications à la pratique du parachutisme établie par la Commission Médicale de la FFP et de la réglementation en matière de délivrance des certificats médicaux au sein de la FFP.

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


Le présent certificat est valable pour l'année en cours sauf maladie intercurrente ou accident, remis en mains propres à l'intéressé(e) qui a été informé(e) des risques encourus en cas de fausse déclaration. La liste des contre-indications aux activités fédérales est consultable sur le site fédéral [www.ffp.asso.fr](http://www.ffp.asso.fr)

### En cas d'inaptitude,

Adresser ce certificat médical au Médecin Fédéral National - 62, rue de Fécamp - 75012 PARIS  
(sous timbre secret médical)

### En cas de dérogation demandée par le candidat,

Adresser la fiche médicale et la demande écrite de dérogation du candidat au Médecin Fédéral Inter Régional

	<b>Questionnaire médical</b> (à faire remplir par le candidat)
	<b>Annexe n° 2 au Règlement Médical</b>

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

Date de naissance | \_\_\_\_ || \_\_\_\_ || \_\_\_\_ | Lieu 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 ?  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/ Prenez-vous des médicaments actuellement ?  oui  non

Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

5/ Avez-vous déjà eu une entorse, une fracture  oui  non

ou une luxation ?  oui  non

Si oui, quand et quelle en est la localisation ? \_\_\_\_\_

6/ Portez-vous des lunettes ?  oui  non

Des lentilles de contact ?  oui  non

Avez vous un problème auditif ?  oui  non

7/ Êtes-vous à jour de vos vaccinations ?  oui  non

(Tétanos - Polio)

8/ Autres remarques \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

atteste sur l'honneur que ces déclarations sont sincères et véritables.

Fait à ..... le .....

Signature