

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

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_

Titulaire de l'habilitation F.F.P. n° \_\_\_\_\_

Certifie que M \_\_\_\_\_

Demeurant \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

**Ne présente pas de contre-indication à la pratique du :**

- parachutisme sportif (sauts d'aéronef)
- saut en parachute de type « Tandem »
- parachutisme ascensionnel (tracté – treuillé)
- parapente

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

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

\_\_\_\_\_

À \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature et cachet

• **En cas d'inaptitude,**

Adresser ce certificat médical au Médecin Fédéral National (62, rue de Fécamp – 75012 PARIS) sous couvert du secret médical

• **En cas de dérogation demandée par le candidat,**

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