

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Date naissance : \_\_\_\_\_ Allergie connues \_\_\_\_\_

N° licence : \_\_\_\_\_ Brevet : A  B  B1  B2  B3

Bi4  B4  Bi5  B5  BPA  WS1  WS2  WS3  C  D

Nombre total de sauts \_\_\_\_\_ Nombre de sauts 3 derniers mois : \_\_\_\_\_

Poids \_\_\_\_\_ Taille \_\_\_\_\_

Personnes à contacter en cas de besoin, indiquez un numéro de téléphone :

1. NOM \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

### PARACHUTE PERSO:

Container  Principale  Réserve  Déclencheur

si cypres, révisé le \_\_\_\_\_ Date pliage secours : \_\_\_\_\_

### Merci de prendre connaissance des conditions de pratique sur notre centre:

- Vous devez être titulaire d'une assurance couvrant votre responsabilité civile parachutiste sans aucune restriction en France et avoir en votre possession les documents exacts et conformes concernant vos sauts et l'ensemble de votre matériel.
- Vous devez avoir fait effectué sur votre matériel tout contrôle, révision, entretien et modification exigé par les constructeurs conformément aux bulletins service (sac harnais, voile, ouvreur automatique).
- Vous devez avoir pris connaissance de toutes les règles administratives et techniques ainsi que les textes en vigueur et vous conformer strictement et en toutes circonstances aux règles relatives à la pratique du sport parachutiste et aux règles en vigueur sur notre centre.
- Vous devez être en bonne santé physique et mentale et rien ne doit affecter votre capacité à participer en pleine conscience au parachutisme ou aux activités connexes. L'absorption d'alcool et autres substances illicites est formellement interdite avant et pendant la pratique de notre sport.
- Nous vous informons que la pratique du parachutisme sportif comporte des risques particuliers et importants de blessure ou de mort et en tant que pratiquant, vous les acceptez en connaissance de cause, et vous vous engagez en conséquence à adopter en toutes circonstances un comportement susceptible de les réduire du mieux qui soit possible.
- Nous vous informons que la responsabilité du transporteur vis à vis de la personne transportée prend effet à l'instant de l'accès à bord de l'aéronef et s'arrête au moment où cette personne quitte l'avion, et que l'inscription sur le manifest de passagers établi par le transporteur vaut titre de transport.
- Vous vous engagez à participer uniquement à des activités en adéquation avec votre niveau technique personnel, et à observer en toutes circonstances la plus grande prudence et vigilance aussi bien durant la phase de chute que durant la descente sous voile.
- Vous acceptez que les films ou images de votre personne réalisés au sol et en chute puissent être utilisés lors de projections publiques ou dans un but publicitaire ou commercial.

**DATE, signature avec la mention « lu et approuvé »**

Licence	Carte Terrain	Association	Contrôle Matériel	Briefing/rappel

## SPECIMEN / DEMANDE DE LICENCE 2018

N° de la structure : \_\_\_\_ \_  
 Si oui, votre n° de licence FFP : .....  
 (Pour les étrangers, n° de la licence dans le pays d'origine : .....)

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant. Par notre intermédiaire, vous pouvez être amené à recevoir des propositions de sociétés ou associations. Si vous ne le souhaitez pas, il vous suffit de nous écrire en nous indiquant vos nom - prénom - adresse et si possible votre numéro de licence.

### VOS DONNEES PERSONNELLES

Civilité :  Mlle  Mme  M  
 Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Homme  Femme  
 Date de naissance : ..... / ..... / .....  
 Adresse : .....  
 CP et Ville : .....  
 Pays : .....

Nationalité : .....  
 ☎ : .....  
 Tél. portable: .....  
 Fax: .....  
 E-mail: .....@.....

Poids : ..... Taille de la voile .....  
 Assuré(e) social(e) :  OUI  NON

### Catégorie socioprofessionnelle :

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agriculteurs exploitants                     | <input type="checkbox"/> Professions Intermédiaires                        | <input type="checkbox"/> Employés                       |
| <input type="checkbox"/> Artisans, commerçants et chefs d'entreprises | <input type="checkbox"/> Cadres et professions intellectuelles supérieures | <input type="checkbox"/> Ouvriers                       |
| <input type="checkbox"/> Retraités                                    | <input type="checkbox"/> Elèves et étudiants                               | <input type="checkbox"/> Policiers et militaires        |
| <input type="checkbox"/> Elèves et étudiants                          |  | <input type="checkbox"/> Autres personnes sans activité |

Méthode d'enseignement choisie :  Traditionnelle  PAC  
 Nombre de sauts/vols par an: .....

Abonnement au bulletin officiel électronique :  OUI  NON (Si oui, adresse e-mail obligatoire)

### VOTRE LICENCE 2018

#### LICENCES TOUTES DISCIPLINES

- Administrative (52,00 €)  Technique (52,00 €)  Etranger (12,00 €)

#### LICENCES PARACHUTISME

- Annuelle cadet ou junior (65,00 €)  
 Annuelle senior ou vétéran (159,00 €)  
 Stage 30 jours (79,00 €)  
 Participation initiation (1 saut) (39,00 €)  
 Participation tandem (1 saut) (Gratuit, enregistrement dans l'intranet obligatoire)

#### LICENCES ASCENSIONNEL ET/OU PARAPENTE

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Annuelle minime, cadet ou junior (29,00 €) | <input type="checkbox"/> Licence participation initiation (13,00 €)   |
| <input type="checkbox"/> Annuelle senior ou vétéran (115,00 €)      | <input type="checkbox"/> Licence participation tandem (Gratuit, enregistrement dans l'intranet obligatoire) |
| <input type="checkbox"/> Licence stage 30 jours (39,00 €)           |   |

#### LICENCES SOUFFLERIE

- Annuelle poussin, benjamin, minime, cadet ou junior (14,00 €)  
 Annuelle sénior ou vétéran (47,00 €)

### VOTRE COUVERTURE ASSURANCE

Certificat médical :  OUI  NON Date de la visite : ..... / ..... / .....

Je refuse l'assurance individuelle accidents proposée par la FFP :  OUI  NON

Nom du bénéficiaire en cas de décès : .....

En cas de refus de l'assurance individuelle accidents : outre les précisions figurant ci-dessous dans les extraits du contrat, il appartient au licencié de justifier, pour l'exercice de ses activités, de la souscription de garanties conformes au Code du Sport, et aux minima proposés par la FFP, auprès de l'assureur de son choix.

Le certificat d'assurance doit être fourni le jour de la souscription de la licence.

Je suis assuré(e) auprès de la compagnie d'assurance .....

sous le n° de contrat ..... en date du ..... / ..... / .....

Je, soussigné(e) ..... reconnais avoir pris connaissance des garanties d'assurances du contrat fédéral « Responsabilité civile » et « Individuelle accidents » et la possibilité que j'aurais à souscrire des garanties individuelles complémentaires et optionnelles.

En conséquence de ce qui précède, je verse la somme de ..... €.  
 Date de souscription : ..... / ..... / 20....

Signature obligatoire de l'adhérent(e)

Signature obligatoire du délégué de la structure





## Questionnaire médical (à faire remplir par le candidat)

### Annexe n° 2 au Règlement Médical

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  
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

## 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                       Tandem

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

**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