

	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) ? o oui onon
Si oui, de quoi ? _____

2/ Avez-vous eu un traumatisme crânien ? o oui onon
Si oui, quand et avec quelles conséquences ? _____

3/ Avez-vous (ou avez-vous eu) une ou des maladies particulières ? o oui o non
Si oui, lesquelles ? _____

4/ Prenez-vous des médicaments actuellement ? o oui onon
Si oui, lesquels ? _____

5/ Avez-vous déjà eu une entorse, une fracture o oui onon
ou une luxation ? o oui onon
Si oui, quand et quelle en est la localisation ? _____

6/ Portez-vous des lunettes ? o oui onon
Des lentilles de contact ? o oui onon
Avez vous un problème auditif ? o oui onon

7/ Êtes-vous à jour de vos vaccinations ? o oui onon
(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

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