



CERTIFICAT D'APTITUDES PHYSIQUES ET PSYCHIATRIQUES DES CANDIDATS PARACHUTISTES

Dr ARRIGHI Thomas
Médecin Généraliste
168 avenue Sempet Olliva
83190 OLLIOULES
Tel: 04 89 66 57 07
AM 831006549 - RPPS 10100739399

DER KASBARIAN Léa
Médecin remplaçante
RPPS 10102211587

Je soussigné.e, Docteur en Médecine,

DER KASBARIAN Léa

Ruydagat

Certifie avoir examiné ce jour,

Nom : IVARDI

Prénom : MARC

Je déclare avoir pris connaissances des
contre-indications décrites au verso de
ce certificat, et après examen, analyse et
avis spécialisé si besoin, je déclare que
l'intéressé.e :

☐ présente
☒ ne présente pas

de contre-indication connue à la
pratique du parachutisme sous voile
ronde.

Fait à OLLIOULES
Le 21/08/2024

**CADRE RESERVE AU CANDIDAT
PARACHUTISTE**

Je soussigné.e,

Nom : JVARDI

Prénom : MARC

Né.e le : 06/10/1965

A : Toulon

Adresse actuelle : 5 Rue F. DEJUS

83190 OLLIOULES

☒ Déclare avoir conscience que le parachutisme
est une activité à risques. *

☒ Déclare avoir pris connaissance des risques
liés à cette activité et des conditions d'aptitudes
physique et psychiatrique nécessaires. *

☒ Déclare n'avoir dissimulé aucune information
médicale me concernant au médecin
consultant. *

☒ M'engage à signaler toute modification de
mon état de santé qui surviendrait entre la
rédaction de ce certificat et la date de saut. *

* Les 4 ☐ doivent être cochés sous peine de nullité

Fait à OLLIOULES
Le 21/08/2024



QUESTIONNAIRE DE SANTE

(à usage exclusif de l'échelon médical de l'association)

DATE DE NAISSANCE : 06/10/1965

TAILLE (en cm) : 1m75

POIDS (en kg) : 86

NOM : JVAHLOI

PRENOM : MARC

1°) Avez-vous déjà présenté une crise d'épilepsie ?	☒ NON
2°) Etes-vous diabétique avec un traitement par insuline ?	☒ NON
3°) Avez-vous des antécédents cardio-vasculaires ? (infarctus, angor, stent, pontage...)	☒ NON
4°) Souffrez-vous de troubles du rythme cardiaque ?	☒ NON
5°) Avez-vous une hypertension artérielle ? - Si oui, est-elle traitée ? - Si oui, quelle est la dernière mesure :	☒ NON
6°) Avez-vous déjà eu une perte de connaissance et/ou un étourdissement inexpliqué ou à répétition ?	☒ NON
7°) Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?	☒ NON
8°) Avez-vous des antécédents de fracture du rachis (cervical, dorsal, lombaire) ?	☒ NON
9°) Avez-vous des prothèses de hanche, coude, épaule ou de genou ?	☒ NON
10°) Avez-vous eu un trauma crânien avec perte de connaissance ?	☒ NON
11°) Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ?	☐ NON
12°) Avez-vous été opéré dans les 12 derniers mois ?	☒ NON
Si oui : quand et de quoi ?	
13°) Prenez-vous des médicaments tous les jours ?	☒ NON
Si oui, lesquels :	
14°) Souffrez-vous d'une maladie touchant les muscles ?	☒ NON
15°) Souffrez-vous d'une maladie neurologique ?	☒ NON
Si oui, laquelle :	
16°) Avez-vous ou avez-vous eu des crises de vertiges rotatoires ?	☒ NON
17°) Avez-vous des informations utiles à communiquer :	☒ NON

Fait à Oujda le 21/08/2024

signature :



QUESTIONNAIRE MEDICAL

NOM : IVARDI PRENOM : MARC

DATE DE NAISSANCE : 06/10/1965 LIEU DE NAISSANCE : TAULON

NIVEAU DE PRACTIQUE du parachutisme

hémisphérique à faible altitude :

- ☐ Niveau 1 (< 20 sauts)
- ☒ Niveau 2 (21/40 sauts)
- ☐ Niveau 3 (> 40 sauts)

*Vous devez pouvoir justifier de ces sauts sur présentation d'un justificatif (ex : livret de sauts)

NOMBRE DE SAUTS* : _____

1°) Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ?	Si oui précisez : <u>GENESQUE ET VARRIES (ESTHETIQUE)</u>	OUI ☒ NON ☐
2°) Avez-vous déjà été victime d'un traumatisme crânien ?	Si oui précisez (date et conséquences) : _____	OUI ☒ NON ☐
3°) Avez-vous fait l'objet d'un tassement vertébral ?	_____	OUI ☒ NON ☐
4°) Avez-vous une maladie chronique ?	Si oui précisez : _____	OUI ☒ NON ☐
5°) Avez-vous déjà eu une ou des : • Fracture : quand _____ localisation _____ • Entorse : quand _____ localisation _____ • Luxation : quand _____ localisation _____	_____	OUI ☒ NON ☐
6°) Suivez-vous un traitement médicamenteux ponctuel, récurrent ou régulier ?	Si oui précisez : _____	OUI ☒ NON ☐
7°) Dans les 12 derniers mois avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	Si oui précisez : _____	OUI ☒ NON ☐
8°) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	_____	OUI ☒ NON ☐
9°) Avez-vous déjà eu un épisode de respiration sifflante (type asthme)	_____	OUI ☒ NON ☐
10°) Avez-vous des problèmes de vue ?	Si oui, portez-vous des lunettes ou des lentilles : <u>BOUR VOIR DE PRET</u>	OUI ☒ NON ☐
11°) Avez-vous des problèmes d'audition ?	Si oui, portez-vous une aide auditive : _____	OUI ☒ NON ☐
12°) Avez-vous des informations utiles à communiquer : _____	_____	OUI ☒ NON ☐

Je soussigné(e) (nom/prénom) _____ certifie sur l'honneur l'exactitude et la sincérité des informations portées ci-dessus.

Fait à TAULON le 21/08/2024 signature : _____