



CERTIFICAT D'APTITUDES PHYSIQUES ET PSYCHIATRIQUES DES CANDIDATS PARACHUTISTES

Le présent certificat doit être établi depuis moins de six mois à la date du prochain saut.

Le candidat et le médecin consultant prennent connaissance des dispositions réglementaires figurant au dos.

CADRE RESERVE AU MEDECIN CONSULTANT

Je soussigné.e, Docteur en Médecine,

Certifie avoir examiné ce jour,

Nom : CHOAIN

Prénom : Denis

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 -----

Le 13/02/2024

Signature et cachet du Médecin consultant :

Docteur François CRETIN
Médecin Généraliste
89202 DOUAI + LES MINES
Conventionné
Le 13/02/2024

CADRE RESERVE AU CANDIDAT PARACHUTISTE

Je soussigné.e,

Nom : CHOAIN

Prénom : Denis

Né.e le : 15/09/1986

A : DENAIN

Adresse actuelle : 5 rue de l'église 59161 ESWARES

☒ 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 ESWARES

Le 12/09/2024

Signature du candidat parachutiste :

[Signature]

Le saut parachutiste avec voile ronde de type militaire se déroule comme suit :



- 1°) Instruction au sol nécessitant une bonne compréhension et restitution des cours
- 2°) Equipement avec port d'un parachute dorsal et d'un parachute ventral (parachute de secours) représentant une charge de 20 kilos
- 3°) Montée en avion et prise de hauteur de plusieurs centaines de mètres avec une mise en stress réactionnelle aboutissant à une tachycardie et une montée de la pression artérielle
- 4°) Sortie d'avion, moment ultime de la décharge d'adrénaline
- 5°) Ouverture de la voile principale et navigation sous voile
- 6°) Si incident d'ouverture du parachute dorsal : nécessité de réagir très rapidement pour ouvrir le parachute ventral (parachute de secours), d'où impérieuse nécessité vitale d'une capacité à réagir sans délai, tant psychique que physique
- 7°) Arrivée au sol avec impact à la vitesse verticale approximative de 5 mètres/seconde et roulé roulé

LES CONTRE-INDICATIONS RESULTANTES SONT :

°) Celles pouvant aboutir à la perte de connaissance du parachutiste en vol :

- Épilepsie
- Diabète insulino-dépendant (c'est à dire qui utilise de l'insuline seule pour traiter son diabète)
- Coronaropathie et artériopathie (infarctus du myocarde, pontage, stents...)
- Troubles du rythme graves (ayant abouti à un malaise, une hospitalisation, une prise en charge aux urgences)
- Hypertension déséquilibrée, troubles du rythme : contre-indication relative (avis spécialisé demandé)
- Tout antécédent de pertes de connaissance à répétition

°) Celles pouvant aboutir à une non-observance des mesures à suivre :

- Patient avec diminution des capacités cognitives supérieures (débilité même légère, maladie d'Alzheimer...)
- Antécédents psychiatriques avec troubles de la personnalité ou du comportement (avis spécialisé demandé)
- Antécédent de tentative de suicide
- Syndrome dépressif : contre-indication relative (avis spécialisé demandé)
- Consommation d'alcool excessive (bilan biologique compatible indispensable)
- Toxicomanie
- Tout déficit musculaire ou neurologique
- Vertiges rotatoires (Ménière, VPB)

°) conditions exposant à des conséquences gravissimes si mauvaise réception :

- Obésité avec IMC supérieur à 35 ou Maigreur avec IMC inférieur à 18,5
- Antécédent de fracture du rachis avec déplacement du mur antérieur
- Ostéosynthèse du rachis
- Tassement vertébral, fractures non déplacées : avis spécialisé préconisé
- Ostéoporose, ostéomalacie (ou fragilité osseuse anormale suite à traitements médicamenteux prolongés)
- Prothèse de hanche, genou
- Scoliose grave (c'est à dire avec angle de Cobb supérieur à 15°)
- Antécédent de trauma crânien avec perte de connaissance
- Prise d'anticoagulants ou d'antiagrégants plaquettaires, troubles de l'hémostase (bilan biologique indispensable)
- Grossesse
- Chirurgie récente (avis spécialisé demandé)

LES EXAMENS ET AVIS COMPLEMENTAIRES PRECONISES SONT :

- Avis spécialisé cardiologique avec épreuve d'effort, datant de moins de 5 ans, pour les patients à partir de 45 ans
- Avis spécialisé psychiatrique si syndrome dépressif
- Bilan biologique avec : glycémie à jeun, HBA1C, bilan hépatique, dosage des CDT, bilan de coagulation
- Si scoliose : radiographies du rachis dorso-lombaire avec mesure de l'angle de Cobb

Liste non exhaustive. Le médecin consultant est libre de compléter le bilan en fonction de ses données personnelles

NOM : CHOUZEL
PRENOM : DENIS



Cadre reserve A-Center
N° de dossier : _____
Avis : _____

QUESTIONNAIRE DE SANTE
(à usage exclusif de l'échelon médical de l'association)

DATE DE NAISSANCE : 15/09/1986 TAILLE (en cm) : 172 cm POIDS (en kg) : 80 kg

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

Je certifie sur l'honneur l'exactitude et la sincérité des informations portées ci-dessus, ainsi que n'avoir dissimulé ni omis une quelconque information en lien avec mon état de santé et mes capacités physiques et mentales.

Fait à ESWARS le 10/09/2024 signature : [Signature]