



CERTIFICAT D'APTITUDES PHYSIQUES DES CANDIDATS RIGGER

CADRE RESERVE AU MEDECIN CONSULTANT

Je soussigné.e, Docteur en Médecine,

Certifie avoir examiné ce jour,

Nom : -----

Prénom : -----

Après examen du patient et analyse des contre-indications décrites au verso de ce certificat, je déclare que l'intéressé.e :

satisfait

ne satisfait pas

aux conditions d'aptitudes physiques et psychiatriques requises par cette activité.

Fait à -----

Le ____ / ____ / ____

Signature et cachet du Médecin consultant :

CADRE RESERVE AU CANDIDAT « PLIEUR PARACHUTE »

Je soussigné.e,

Nom : VANNINEN -----

Prénom : MARKO -----

Né.e le : 14 / 01 / 1967 -----

A : -----

Adresse actuelle : -----

VAPAUDENKATU 35 A 5
40100, JYVÄSKYLÄ -----

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

***Les 3 ☐ doivent être cochés sous peine de nullité**

Fait à -----

Le 28 / 07 / 2025 -----

Signature du candidat parachutiste :