



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 cochées sous peine de nullité**

Fait à -----

Le 28 / 07 / 2025

Signature du candidat parachutiste :