

DES CANDIDATS PARACHUTISTES

Le présent certificat doit être établi depuis moins de six mois à la date du premier 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,

59 av. L. Desnos
78440 GARGENVILLE
01 30 93 60 56
78 11 58 64 7

Certifie avoir examiné ce jour,

Nom : YUNG
Prénom : GARRY

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 Gargenville

Le 24 / 10 / 2025

Signature et cachet du Médecin consultant :

Docteur N. RENAUD
59 av. L. Desnos
78440 GARGENVILLE
01 30 93 60 56
78 11 58 64 7

CADRE RESERVE AU CANDIDAT PARACHUTISTE

Je soussigné.e,

Nom : YUNG

Prénom : GARRY

Né.e le : 12 / 10 / 1974

A : Bernon (27)

Adresse actuelle : 1 rue de
septeuil EPONE
78680

☒ 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 cochées sous peine de nullité

Fait à EPONE

Le 24 / 10 / 2025

Signature du candidat parachutiste :

