



## 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,

VOLOCHET Margaux

Certifie avoir examiné ce jour,

Nom : OBRY

Prénom : ALAIN

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 Marseille  
Le 02/12/2024

Signature et cachet du Médecin consultant :

  
Dr VOLOCHET Margaux  
Médecin généraliste  
KMS/10189978

### CADRE RESERVE AU CANDIDAT PARACHUTISTE

Je soussigné.e,

Nom : OBRY

Prénom : Alain

Né.e le : 17/05/1958

A : 14 HYERES (VAR)

Adresse actuelle : 350, Allée du  
Merle - 83 Solans -  
13400 - AUBAGNE

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 Aubagne  
Le 20/05/2025

Signature du candidat parachutiste :

