



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,

VOCORET Margaux

Certifie avoir examiné ce jour,

Nom : ORRU

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 VOCORET Margaux
Médecin généraliste
RPS 10101899978

CADRE RESERVE AU CANDIDAT PARACHUTISTE

Je soussigné.e,

Nom : ORRU

Prénom : Alain

Né.e le : 17/05/1958

A : à 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 :

