



## CERTIFICAT D'APTITUDES PHYSIQUES 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  
aux Pages 2 & 3.**

### CADRE RESERVE AU MEDECIN CONSULTANT

Je soussigné.e, Docteur en Médecine,

DEVASSINE François

Certifie avoir examiné ce jour,

Nom : CHARMEUX

Prénom : Antoine

**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 PLOERMEL

Le 07 / 05 / 2024

Signature et cachet du Médecin consultant :

DEVASSINE François

Médecin consultant

05 62 19 10 10 / 10102191856

### CADRE RESERVE AU CANDIDAT PARACHUTISTE

Je soussigné.e,

Nom : CHARMEUX

Prénom : ANTOINE

Né.e le : 10 / 02 / 1992

A : AMIENS

Adresse actuelle : 14 Rue du BIGNON

BÂTIMENT E APPARTEMENT 101

56 800 PLOERMEL

☒ 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 PLOERMEL

Le 07 / 05 / 2024

Signature du candidat parachutiste :