



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 au dos.**

CADRE RESERVE AU MEDECIN CONSULTANT

Je soussigné.e, Docteur en Médecine,

--- **Docteur Régis DUPONT** ---
--- (01) MÉDECINE GÉNÉRALE ---
--- 11, route de Bissey ---
--- 71390 BUXY ---
Certifie avoir examiné ce jour,
Nom : CAMUZAT
Prénom : Bruno

**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.**

Docteur Régis DUPONT

Fait à (01) MÉDECINE GÉNÉRALE
Le 11, route de Bissey
71390 BUXY
Signature et cachet du Médecin consultant :

CADRE RESERVE AU CANDIDAT PARACHUTISTE

Je soussigné.e,

Nom : CAMUZAT
Prénom : Bruno
Né.e le : 30 / 10 / 1968
A : CLAMECY (58)

Adresse actuelle : 9A rue BORGNE
71390 BUXY

☒ 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 Buxy
Le 18 / 05 / 2022

Signature du candidat parachutiste :