



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,

----- Marie Bertrand -----

Certifie avoir examiné ce jour,

Nom : ----- Corin P -----
Prénom : ----- Cloris -----

**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 ----- Fondettes -----

Le 26 / 10 / 2022

Signature et cachet du Médecin consultant :


Docteur Marie BERTRAND
37 1 036 94 1
Avenue de Rochebise
37230 FONDETTES

CADRE RESERVE AU CANDIDAT PARACHUTISTE

Je soussigné.e, -

Nom : ----- Corin P -----

Prénom : ----- Cloris -----

Né.e le : 15 / 02 / 2004

A : ----- Chambray-le-Vieil - Beauv -----

Adresse actuelle : 22 Rue de -----
Mouenne 37230 Fondettes -----

☐ 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 ----- Fondettes -----

Le 26 / 10 / 2022

Signature du candidat parachutiste :

