



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,

_____ Antoine J. Delpe _____

Certifie avoir examiné ce jour,

Nom : GORGUES _____

Prénom : Alexis _____

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 Soissons _____

Le 28/03/2025

Signature et cachet du Médecin consultant :

Docteur Jean-Philippe ANTOINE
MEDECIN GENERALISTE
20, place Lino Ventura - 02200 SOISSONS
Tél: 03.23.53.53.85

CADRE RESERVE AU CANDIDAT PARACHUTISTE

Je soussigné.e,

Nom : GORGUES _____

Prénom : ALEXIS _____

Né.e le : 24/05/1976 _____

A : HAZAMET _____

Adresse actuelle : 216 RUE DE
SUZAN 33400 TALENCE

☒ 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 Soissons _____

Le 28/03/2025

Signature du candidat parachutiste :
