



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,

Dr. Koen Otte

Diestersstr. 36 - 3980 Tessenderlo

Tel. 013 / 66 10 10

Riziv 1.19374.33.004

Certifie avoir examiné ce jour,

Nom : SMOLDERS

Prénom : FRANK

**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 Tessenderlo

Le 27/5/24

Signature et cachet du Médecin consultant :

Dr. Koen Otte

Diestersstr. 36 - 3980 Tessenderlo

Tel. 013 / 66 10 10

Riziv 1.19374.33.004

CADRE RESERVE AU CANDIDAT PARACHUTISTE

Je soussigné.e,

Nom : SMOLDERS

Prénom : FRANK

Né.e le : 08 / 05 / 1966

A : NIEST, BELGIQUE

Adresse actuelle : F. COSETIANSSTRAAT
43-1 2600 BERCHTEM,
BELGIQUE

☒ 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 TESSENDERLO BELGIQUE

Le 27 / 05 / 24

Signature du candidat parachutiste :