



## 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 règlementaires figurant au dos.

### CADRE RESERVE AU MEDECIN CONSULTANT

Je soussigné.e, Docteur en Médecine,

Fabrice CHAUCHAT

Certifie avoir examiné ce jour,

Nom : LECHATTELLIER

Prénom : David

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 Rueil-Malmaison  
Le 17/12/2025

Signature et cachet du Médecin consultant :

*SELARL Dr F. CHAUCHAT*  
5, rue Jacques Bague  
92500 Rueil-Malmaison  
APELI 92 17 12 42 8  
SIRET : 88000482500019  
RPPS 1000 103 12 13

### CADRE RESERVE AU CANDIDAT PARACHUTISTE

Je soussigné.e,

Nom : LECHATTELLIER

Prénom : David

Né.e le : 08/01/1977

A : Donfront (61)

Adresse actuelle : 11 AVENUE CALMELS  
92270 Bois-Colombes  
FRANCE

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 Rueil-Malmaison  
Le 17/12/2025

Signature du candidat parachutiste :

# CONDITIONS D'APTITUDES PHYSIQUES ET PSYCHIATRIQUES POUR LES CANDIATS PARACHUTISTES

Le saut parachutiste avec voile ronde de type militaire se déroule comme suit :



- 1°) Instruction au sol nécessitant une bonne compréhension et restitution des cours
- 2°) Equipement avec port d'un parachute dorsal et d'un parachute ventral (parachute de secours) représentant une charge de 20 kilos
- 3°) Montée en avion et prise de hauteur de plusieurs centaines de mètres avec une mise en stress réactionnelle aboutissant à une tachycardie et une montée de la pression artérielle
- 4°) Sortie d'avion, moment ultime de la décharge d'adrénaline
- 5°) Ouverture de la voile principale et navigation sous voile
- 6°) Si incident d'ouverture du parachute dorsal : nécessité de réagir très rapidement pour ouvrir le parachute ventral (parachute de secours), d'où impériosité vitale d'une capacité à réagir sans délai, tant psychique que physique
- 7°) Arrivée au sol avec impact à la vitesse verticale approximative de 5 mètres/seconde et roulé boulé

## LES CONTRE-INDICATIONS RESULTANTES SONT :

### 1°) Celles pouvant aboutir à la perte de connaissance du parachutiste en vol :

- Épilepsie
- Diabète insulino-dépendant (c'est à dire qui utilise de l'insuline seule pour traiter son diabète)
- Coronaropathie et artériopathie (infarctus du myocarde, pontage, stents...)
- Troubles du rythme graves (ayant abouti à un malaise, une hospitalisation, une prise en charge aux urgences)
- Hypertension déséquilibrée, troubles du rythme : contre-indication relative (avis spécialisé demandé)
- Tout antécédent de pertes de connaissance à répétition

### 2°) Celles pouvant aboutir à une non-observance des mesures à suivre :

- Patient avec diminution des capacités cognitives supérieures (débilité même légère, maladie d'Alzheimer...)
- Antécédents psychiatriques avec troubles de la personnalité ou du comportement (avis spécialisé demandé)
- Antécédent de tentative de suicide
- Syndrome dépressif : contre-indication relative (avis spécialisé demandé)
- Consommation d'alcool excessive (bilan biologique compatible indispensable)
- Toxicomanie
- Tout déficit musculaire ou neurologique
- Vertiges rotatoires (Ménière, VPB)

### 3°) conditions exposant à des conséquences gravissimes si mauvaise réception :

- Obésité avec IMC supérieur à 35 ou Maigreur avec IMC inférieur à 18,5
- Antécédent de fracture du rachis avec déplacement du mur antérieur
- Ostéosynthèse du rachis
- Tassement vertébral, fractures non déplacées : avis spécialisé préconisé
- Ostéoporose, ostéomalacie (ou fragilité osseuse anormale suite à traitements médicamenteux prolongés)
- Prothèse de hanche, genou
- Scoliose grave (c'est à dire avec angle de Cobb supérieur à 15°)
- Antécédent de trauma crânien avec perte de connaissance
- Prise d'anticoagulants ou d'antiagrégants plaquettaires, troubles de l'hémostase (bilan biologique indispensable)
- Grossesse
- Chirurgie récente (avis spécialisé demandé)

## LES EXAMENS ET AVIS COMPLEMENTAIRES PRÉCONISÉS SONT :

- Avis spécialisé cardiological avec épreuve d'effort, datant de moins de 5 ans, pour les patients à partir de 45 ans
- Avis spécialisé psychiatrique si syndrome dépressif
- Bilan biologique avec : glycémie à jeun, HbA1C, bilan hépatique, dosage des CDT, bilan de coagulation
- Si scoliose : radiographies du rachis dorso-lombaire avec mesure de l'angle de Cobb

Liste non exhaustive. Le médecin consultant est libre de compléter le bilan en fonction de ses données personnelles

NOM : LE CHATELLIER  
PRENOM : DAVID



Cadre réservé A-Center  
N° de dossier : \_\_\_\_\_  
Avis : \_\_\_\_\_

## QUESTIONNAIRE DE SANTE

(à usage exclusif de l'échelon médical de l'association)

DATE DE NAISSANCE : 08/01/1977 TAILLE (en cm) : 183 cm POIDS (en kg) : 85 kg

1°) Avez-vous déjà présenté une crise d'épilepsie ?	OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/>
2°) Etes-vous diabétique avec un traitement par insuline ?	OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/>
3°) Avez-vous des antécédents cardio-vasculaires ? (Infarctus, angor, stent, pontage...) Si oui précisez _____	OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/>
4°) Souffrez-vous de troubles du rythme cardiaque ? Si oui précisez _____	OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/>
5°) Avez-vous une hypertension artérielle ? - Si oui, est-elle traitée ? - Si oui, quelle est la dernière mesure : _____	OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/>
6°) Avez-vous déjà eu une perte de connaissance et/ou un étourdissement inexplicable ou à répétition ?	OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/>
7°) Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?	OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/>
8°) Avez-vous des antécédents de fracture du rachis (cervical, dorsal, lombaire) ? Si oui précisez _____	OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/>
9°) Avez-vous des prothèses de hanche, coude, épaule ou de genou ? Si oui précisez _____	OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/>
10°) Avez-vous eu un trauma crânien avec perte de connaissance ?	OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/>
11°) Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ?	OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/>
12°) Avez-vous été opéré dans les 12 derniers mois ? Si oui : quand et de quoi ? <u>retrait lipaue au front</u>	OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/>
13°) Prenez-vous des médicaments tous les jours ? Si oui, lesquels : _____	OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/>
14°) Souffrez-vous d'une maladie touchant les muscles ?	OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/>
15°) Souffrez-vous d'une maladie neurologique ? Si oui, laquelle : _____	OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/>
16°) Avez-vous ou avez-vous eu des crises de vertiges rotatoires ?	OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/>
17°) Avez-vous des informations utiles à communiquer : _____	OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/>

Je certifie sur l'honneur l'exactitude et la sincérité des informations portées ci-dessus, ainsi que n'avoir dissimulé ni omis une quelconque information en lien avec mon état de santé et mes capacités physiques et mentales.

Fait à Reuil Malmaison le 17/12/2025 signature : 