

NOM : GIRARD
PRENOM : Fabien



Cadre réservé A-Center
N° de dossier : _____
Avis : _____

QUESTIONNAIRE DE SANTE

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

DATE DE NAISSANCE : 20/10/1976 TAILLE (en cm) : 190 cm POIDS (en kg) : 92 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 ? _____	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 Saint-Hilaire-de-Ville le 21/10/2026 signature :



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,

PERE Sandrine

Certifie avoir examiné ce jour,

Nom : GIRARD

Prénom : Fabien

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 Matha
Le 21/01/2026

Signature et cachet du Médecin consultant :

SEL Docteur PERE Sandrine
171030257 / 10002703030
Médecine générale
Rue de la Maladrie - 17160 MATHA
Tél. : 05 46 58 24 50

CADRE RESERVE AU CANDIDAT PARACHUTISTE

Je soussigné.e,

Nom : GIRARD

Prénom : Fabien

Né.e le : 20/10/1976

A : _____

Adresse actuelle : 1 Place des Tilleuls
Le Chanolet
17770 ST Hilaire de Villefranche

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 ST Hilaire de Villefranche
Le 21/01/2026

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 :

CADRE RESERVE AU MEDECIN CONSULTANT

Ce document m'a bien été présenté par le patient.

SEL Docteur PERE Sandrine

171030257 / 10002703030

Médecine générale

Rue de la Maladrie - 17160 MATHA

Tél. : 05 46 58 24 50

Signature et cachet du Médecin obligatoires

- 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 RECONISES SONT :

- Avis spécialisé cardiaque 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