

\*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 : 20/10/1974 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
2°) Etes-vous diabétique avec un traitement par insuline ?	OUI <input checked="" type="radio"/> NON
3°) Avez-vous des antécédents cardio-vasculaires ? (Infarctus, angor, stent, pontage...) Si oui précisez _____	OUI <input checked="" type="radio"/> NON
4°) Souffrez-vous de troubles du rythme cardiaque ? Si oui précisez _____	OUI <input checked="" type="radio"/> NON
5°) Avez-vous une hypertension artérielle ? - Si oui, est-elle traitée ? _____ - Si oui, quelle est la dernière mesure : _____	OUI <input checked="" type="radio"/> NON
6°) Avez-vous déjà eu une perte de connaissance et/ou un étourdissement inexpliqué ou à répétition ?	OUI <input checked="" type="radio"/> NON
7°) Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?	OUI <input checked="" type="radio"/> NON
8°) Avez-vous des antécédents de fracture du rachis (cervical, dorsal, lombaire) ? Si oui précisez _____	OUI <input checked="" type="radio"/> NON
9°) Avez-vous des prothèses de hanche, coude, épaule ou de genou ? Si oui précisez _____	OUI <input checked="" type="radio"/> NON
10°) Avez-vous eu un trauma crânien avec perte de connaissance ?	OUI <input checked="" type="radio"/> NON
11°) Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ?	OUI <input checked="" type="radio"/> NON
12°) Avez-vous été opéré dans les 12 derniers mois ? Si oui : quand et de quoi ? _____	OUI <input checked="" type="radio"/> NON
13°) Prenez-vous des médicaments tous les jours ? Si oui, lesquels : _____	OUI <input checked="" type="radio"/> NON
14°) Souffrez-vous d'une maladie touchant les muscles ?	OUI <input checked="" type="radio"/> NON
15°) Souffrez-vous d'une maladie neurologique ? Si oui, laquelle : _____	OUI <input checked="" type="radio"/> NON
16°) Avez-vous ou avez-vous eu des crises de vertiges rotatoires ?	OUI <input checked="" type="radio"/> NON
17°) Avez-vous des informations utiles à communiquer : _____ _____	OUI <input checked="" type="radio"/> NON

**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 St Hippolyte de V. le 21/01/2026 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 21-01-2016

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 : 20-10-1974

A : \_\_\_\_\_

Adresse actuelle : 1 Place des Tillands  
Le Crignolet  
17770 St Hilaire de Villedufranche

☒ 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. \*

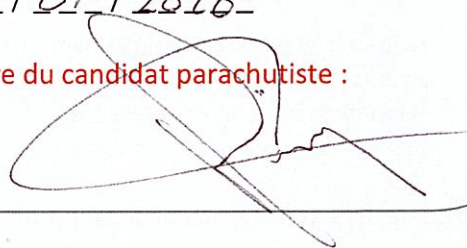
☒ M'engage à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait entre la rédaction de ce certificat et la date de saut. \*

\*Les 4 ☐ doivent être cochés sous peine de nullité

Fait à

St Hilaire de Villedufranche  
Le 21-01-2016

Signature du candidat parachutiste :





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 Maladrerie - 17160 MATHA

tel. : 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 impérieuse nécessité 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 PRECONISES SONT :**

- Avis spécialisé cardiologique 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