



CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE 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,

Arthur CLAUDE

Certifie avoir examiné ce jour,

Nom : ANDRIEU

Prénom : Guillaume

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 Nancy

Le 25/02/2026

Signature et cachet du Médecin consultant :

CADRE RESERVE AU CANDIDAT PARACHUTISTE

Je soussigné.e

Nom : Andrieux

Prénom : Guillaume

Né.e le : 23/05/1967

A : Douala (Cameroun)

Adresse actuelle : 6 Cours Léopold

51000 Nancy

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 Nancy

Le 25/02/2026

Signature du candidat parachutiste :

NOM : Andrieux
 PRENOM : Guillaume



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

QUESTIONNAIRE DE SANTE
 (à usage exclusif de l'échelon médical de l'association)

DATE DE NAISSANCE 23/05/1967 TAILLE (en cm) : 175 cm POIDS (en kg) : 83 kg

1°) Avez-vous déjà présenté une crise d'épilepsie ?	OUI <input type="radio"/> NON <input checked="" type="radio"/>
2°) Etes-vous diabétique avec un traitement par insuline ?	OUI <input type="radio"/> NON <input checked="" type="radio"/>
3°) Avez-vous des antécédents cardio-vasculaires ? (Infarctus, angor, stent, pontage...) Si oui précisez _____	OUI <input type="radio"/> NON <input checked="" type="radio"/>
4°) Souffrez-vous de troubles du rythme cardiaque ? Si oui précisez _____	OUI <input type="radio"/> NON <input checked="" type="radio"/>
5°) Avez-vous une hypertension artérielle ? - Si oui, est-elle traitée ? _____ - Si oui, quelle est la dernière mesure : _____	OUI <input type="radio"/> NON <input checked="" type="radio"/>
6°) Avez-vous déjà eu une perte de connaissance et/ou un étourdissement inexplicable ou à répétition ?	OUI <input type="radio"/> NON <input checked="" type="radio"/>
7°) Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?	OUI <input type="radio"/> NON <input checked="" type="radio"/>
8°) Avez-vous des antécédents de fracture du rachis (cervical, dorsal, lombaire) ? Si oui précisez _____	OUI <input type="radio"/> NON <input checked="" type="radio"/>
9°) Avez-vous des prothèses de hanche, coude, épaule ou de genou ? Si oui précisez _____	OUI <input type="radio"/> NON <input checked="" type="radio"/>
10°) Avez-vous eu un trauma crânien avec perte de connaissance ?	OUI <input type="radio"/> NON <input checked="" type="radio"/>
11°) Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ?	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>
12°) Avez-vous été opéré dans les 12 derniers mois ? Si oui : quand et de quoi ? <u>luxation coude -</u>	<input checked="" type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
13°) Prenez-vous des médicaments tous les jours ? Si oui, lesquels : _____	OUI <input type="radio"/> NON <input checked="" type="radio"/>
14°) Souffrez-vous d'une maladie touchant les muscles ?	OUI <input type="radio"/> NON <input checked="" type="radio"/>
15°) Souffrez-vous d'une maladie neurologique ? Si oui, laquelle : _____	OUI <input type="radio"/> NON <input checked="" type="radio"/>
16°) Avez-vous ou avez-vous eu des crises de vertiges rotatoires ?	OUI <input type="radio"/> NON <input checked="" type="radio"/>
17°) Avez-vous des informations utiles à communiquer : _____ _____	OUI <input type="radio"/> NON <input checked="" 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 Nancy le 26/02/2026 signature