

CERTIFICAT MÉDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DU PARACHUTISME SPORTIF

Je soussigné(e), Docteur en médecine _____

Certifie avoir examiné ce jour : M / Mme

Né(e) le

Demeurant

Ne pas avoir constaté ce jour, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations, de contre-indication cliniquement décelable :

à la pratique d'un **saut en tandem** pour les personnes mineures ou âgées de plus de 65 ans .

Restrictions _____

Présente une contre-indication (précisez) : _____

Fait à _____ le ____ / ____ / 20 ____ signature et cachet

Nombre de case(s) cochée(s) dans le document : __

Le présent certificat est valable 1 an.

La liste des contre-indications est consultable sur le site fédéral:

<https://www.ffp.asso.fr> - Espace médical/Para-clic

En cas d'inaptitude ou de demande de dérogation,

Adresser ce certificat médical et Fécamp - tous documents utiles au Médecin Fédéral National - 62, rue de 75012 PARIS