

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PARACHUTISME

**CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION
À LA PRATIQUE DU SAUT EN PARACHUTE
DE TYPE TANDEM**

Âge minimum 15 ans révolus

Je soussigné(e), Docteur _____, certifie qu'après avoir pris connaissance des recommandations de ce certificat, j'ai examiné M _____ né(e) le _____ et n'ai pas constaté ce jour de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du saut en parachute de type tandem.

À _____ le _____

Signature et cachet

RECOMMANDATIONS AU MÉDECIN EXAMINATEUR

Le patient que vous examinez veut effectuer un saut en parachute de type tandem. Si l'aspect technique de ce saut est totalement pris en charge par le moniteur tandem, votre patient n'en sera pas moins soumis à diverses contraintes :

L'altitude Il va séjourner de 20 à 40 minutes à une altitude pouvant aller jusqu'à 4.000 mètres ou plus. Son système cardiorespiratoire lui permet-il d'affronter l'hypoxie et le froid ?

La chute Il va passer très rapidement de cette altitude au sol. Son système O.R.L. lui permet-il de supporter cette source de barotraumatisme ?

L'ouverture et L'Atterrissage Son squelette est-il suffisamment sain pour lui permettre de supporter ces contraintes ?

Un stress psychologique important

En cas de doute, contactez le Médecin Fédéral de votre région :

NORD EST Dr GROSSE 03.83.28.81.75

ILE DE FRANCE/NORD Dr CABANES 01.39.16.06.10

SUD OUEST Dr TOLLEMER 05.61.42.33.91

SUD EST Dr COURCIER 04.92.53.44.88

Dr GARELLO 04.42.21.00.62

Dr VEDEL **04.90.33.35.61**

CENTRE Dr ROSATI 04.77.61.99.88