



E.P.P.B

Ecole de Parachutisme Professionnelle Bretagne
Aérodrome de Vannes-Meucon
56 250 MONTERBLANC

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU PARACHUTISME SPORTIF

Je soussigné(e), Docteur _____

- Médecin diplômé de médecine aéronautique
- Médecin du sport
- Autre

Certifie avoir examiné ce jour :

M _____

Né(e) le _____ à _____

Demeurant _____

- Première licence
- Reprise après arrêt médical
- Renouvellement
- Tandem

Ne pas avoir constaté ce jour, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations, de contre-indication cliniquement décelable à la pratique du parachutisme sportif (saut d'aéronef) .

Restrictions (verres correcteurs, etc.) _____

Présente une contre-indication (précisez) _____

Le jeune sportif de 15 à 16 ans désigné ci-dessus ne présente pas de contre-indication clinique à la pratique des activités désignées.

Je certifie avoir pris connaissance de la liste des contre-indications à la pratique du parachutisme et de la réglementation en matière de délivrance des certificats médicaux.

Fait à _____ le _____ signature et cachet

Le présent certificat est valable pour l'année en cours sauf maladie intercurrente ou accident, remis en mains propres à l'intéressé(e) qui a été informé(e) des risques encourus en cas de fausse déclaration.