

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATIONS A LA PRATIQUE DU PARACHUTISME SPORTIF

(liste de contre indication Annexe 1 – Questionnaire Annexe 2 doivent être joints)

Je soussigné(e), Docteur _____

Certifie avoir examiné ce jour :

Mme / Mr _____

Né(e) le _____ à _____

Taille _____ Poids _____ kg

Adesse _____

Ne pas avoir constaté ce jour, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations, de contre-indications à la pratique du parachutisme sportif (sauts d'aéronefs)

Enseignement au parachutisme - Formations

Saut tandem

Pratiquant parachutiste – Renouvellement

Contre indication ou restriction (précisez) _____

Le présent certificat est valable 1 an, sauf en cas de maladie intercurrente ou accident.
Remis en main propres à l'intéressé(e).

Fait à _____ Le _____

SIGNATURE ET CACHET
DU MÉDECIN

Questionnaire médical

(à faire remplir par le candidat)

(Annexe 2)

NOM _____ PRÉNOM _____

Date de naissance |_____| |_____| |_____| Lieu de naissance _____

Niveau de pratique _____ Nombre de sauts _____

1/ Avez-vous déjà été opéré (e) ? oui non
Si oui, de quoi ? _____

2/ Avez-vous eu un traumatisme crânien ? oui non
Si oui, quand et avec quelles conséquences ? _____

3/ Avez-vous (ou avez-vous eu) une ou des maladies particulières ? oui non
Si oui, lesquelles ? _____

4/ Prenez-vous des médicaments actuellement ? oui non
Si oui, lesquels ? _____

5/ Avez-vous déjà eu une entorse, une fracture oui non
ou une luxation ? oui non
Si oui, quand et quelle en est la localisation ? _____

6/ Portez-vous des lunettes ? oui non
Des lentilles de contact ? oui non
Avez vous un problème auditif ? oui non

7/ Êtes-vous à jour de vos vaccinations ? oui non
(Tétanos - Polio)

8/ Autres remarques _____

Je soussigné(e) _____

atteste sur l'honneur que ces déclarations sont sincères et véritables.

Fait à le

Signature

(Annexe 1)

CONTRE-INDICATIONS A LA PRATIQUE DU PARACHUTISME SPORTIF

Liste non limitative. Les problèmes doivent être abordés cas par cas, avec un bilan spécialisé si nécessaire, en tenant compte du niveau technique.

Altitude : 4000m hypoxie, hypobarie, hypothermie, stress Vitesse : 180 km/h en chute, 8 à 15 km/h au poser	Contre-indications définitives	Contre-indications temporaires
Cardiologie	Cardiopathie congénitale ou acquise Trouble de la conduction myocardique, permanente ou paroxystique, blocs de branche gauche, WPW. Insuffisance coronarienne clinique ou électrique, pontages artériels ou autres Valvulopathies symptomatiques Hypertension artérielle permanente	Hypertension artérielle non contrôlée Traitement anti-arythmique à évaluer Traitement bêta-bloquant à évaluer
Appareil locomoteur et squelette	Affections ostéo-articulaires et musculo-tendineuses en évolution, séquelles fonctionnelles graves, affections congénitales ou acquises Luxation récidivante de l'épaule Instabilité rotulienne majeure Affection rhumatismale chronique ou sub-aigue Spondylolisthésis instable avec signes fonctionnels aigus ou chroniques Hernie discale avec signes neurologiques Amputation d'un segment de membre Ostéoporose patente	Douleurs rachidiennes, accentuation des courbures, troubles de la statique à évaluer Ostéosynthèse en place Séquelles de fracture du rachis, de hernie discale non neurologique à évaluer
Pneumologie	Affection pulmonaire chronique ne tolérant pas l'hypobarie ou l'hypoxie BPCO, dilatation des bronches, syndromes restrictifs (lobectomie, pectus..) Pneumothorax récidivant	Asthme à évaluer Pneumopathie en évolution
Oto-rhino-laryngologie	Affection chronique de l'oreille moyenne Obstruction permanente de la trompe d'Eustache Cophose uni ou bilatérale Trouble permanent du vestibule	Affection aigue intercurrente
Ophthalmologie	Fragilisation du globe oculaire (chirurgie ouverte, myopie forte, traumatisme) Acuité inf à 8/10 avec correction, le meilleur à 6/10, le plus faible à 1/10	Chirurgie réfractive à évaluer Dyschromatopsie (ISHIHARA), avertir le candidat Traitement par bêta bloquant topique à évaluer
Neurologie	Epilepsie Troubles chroniques ou paroxystiques de la vigilance Effraction méningée neurochirurgicale, ORL, traumatique	Traumatisme crânien grave à évaluer
Psychiatrie	Affection psychiatrique Alcoolisme et toxicomanies avérés	Traitement anxiolytique, antidépresseur, hypnotique à évaluer
Hématologie	Hémopathies, splénomégalies Anomalies de la crase	Phlébite non explorée
Endocrinologie	Diabète insulino dépendant Affection aigue ou chronique pouvant influencer sur la sécurité	Diabète non insulino dépendant à évaluer
Gastro-entérologie	Dysfonction de la paroi abdominale Séquelles chirurgicales (cicatrice déhiscente, stomie..)	Hernie hiatale, reflux, colopathie à évaluer
Gynécologie		Grossesse
Génito-urinaire	Séquelles avérées de chirurgie	

Toute prise de médicament ou de substance susceptible de modifier le comportement peut être une cause de contre-indication
La reprise du parachutisme après un accident en chute ou au poser nécessitera l'avis d'un Médecin du sport ou d'un Spécialiste