

FEDERATION FRANÇAISE DE PARACHUTISME

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À 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

☐ Renouvellement

☐ Reprise après arrêt médical

☐ 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)

☐ à la pratique du parachutisme ascensionnel (tracté-treillé)

☐ à la pratique du parapente

☐ **Restrictions** (verres correcteurs, etc.) _____

☐ **Présente une contre-indication** (précisez) _____

Le jeune sportif de 15 à 16 ans désigné ci-dessus a bénéficié des examens prévus par la réglementation FFP et qu'il ne présente pas de contre-indication clinique à la pratique des activités désignées. L'âge de 12 ans est requis pour ascensionnel et parapente.

Je certifie avoir pris connaissance de la liste des contre-indications à la pratique du parachutisme établie par la Commission Médicale de la FFP et de la réglementation en matière de délivrance des certificats médicaux au sein de la FFP.

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.

contre-indications aux activités fédérales est consultable sur le site fédéral www.ffp.asso.fr

La liste des

En cas d'inaptitude,

Adresser ce certificat médical au Médecin Fédéral National - 62, rue de Fécamp - 75012 PARIS (sous timbre secret médical)

En cas de dérogation demandée par le candidat,

Adresser la fiche médicale et la demande écrite de dérogation du candidat au Médecin Fédéral Inter Régional



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.
En cas de litige, la décision finale doit être soumise à la Commission Médicale.

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
Ophtalmologie	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, hypnogène à évaluer
Hématologie	Hémopathies, splénomégalies Anomalies de la crase	Phlébite non explorée
Endocrinologie	Diabète insulino dépendant Affection aigue ou chronique pouvant influer 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

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

(à faire remplir par le candidat)

NOM _____ PRÉNOM _____

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

Niveau de pratique _____ Nombre de sauts _____

1/ Avez-vous déjà été opéré (e) ?

Si oui, de quoi ? _____

2/ Avez-vous eu un traumatisme crânien ?

Si oui, quand et avec quelles conséquences ? _____

3/ Avez-vous (ou avez-vous eu) une ou des maladies particulières ?

Si oui, lesquelles ? _____

4/ Prenez-vous des médicaments actuellement?

Si oui, lesquels ? _____

5/ Avez-vous déjà eu une entorse, une fracture

ou une luxation ?

Si oui, quand et quelle en est la localisation ? _____

6/ Portez-vous des lunettes ?

Des lentilles de contact ?

Avez vous un problème auditif ?

7/ Êtes-vous à jour de vos vaccinations ?

(Tétanos - Polio)

8/ Autres remarques _____

Je soussigné(e) _____ atteste sur

l'honneur que ces déclarations sont sincères et véritables.

Fait à le

Signature