

**Règlement Médical Fédéral de la Fédération Française de Parachutisme  
Annexe 1 au Règlement Intérieur**

(adopté initialement par le Conseil Fédéral du 22 novembre 2008 et modifié par le Comité Directeur du 25 octobre 2013  
et du 13 mars 2020)

## Annexe 4 au Règlement Médical

# 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 :

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Demeurant \_\_\_\_\_

- ☐ Première licence    ☐ Reprise après arrêt médical    ☐ Renouvellement    ☐ Saut en Tandem  
☐ Compétition  
☐ Enseignement du parachutisme (cocher la mention choisie)    **TRAD**    **PAC**    **TANDEM**

**Pour les moniteurs TANDEM** : voir l'arrêté Ministère des sports du 27 janvier 2014 relatif à l'autorisation annuelle d'exercer

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-treuilé)  
☐ à la pratique du parapente  
☐ à la pratique du vol en soufflerie

☐ **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. La liste des contre-indications aux activités fédérales est consultable sur le site fédéral [www.ffp.asso.fr](http://www.ffp.asso.fr)**

**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

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL

(à faire remplir par le candidat)

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

Date 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 avec perte de connaissance ? ☐ 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/ Avez-vous des séquelles d'un traumatisme ostéoarticulaire ? ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5/ Avez-vous déjà eu une luxation de l'épaule ? ☐ oui ☐ non

6/ Prenez-vous des médicaments actuellement ? ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

7/ Antécédents ophtalmologiques ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

8/ Antécédents ORL ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

9/ Êtes-vous à jour de vos vaccinations ? ☐ oui ☐ non

10/ Autres remarques \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ atteste sur  
l'honneur que ces déclarations sont sincères et véritables.

Fait à ..... le .....

Signature