

FEDERATION FRANÇAISE DE PARACHUTISME

CERTIFICAT MÉDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DU PARACHUTISME SPORTIF

Je soussigné(e), Docteur en médecine _____

Certifie avoir examiné ce jour :

M _____

Né(e) le _____

Demeurant _____

Ne pas avoir constaté ce jour, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations, de contre-indication cliniquement décelable :

- ☐ à la pratique d'un saut en tandem pour les personnes mineures ou âgées de plus de 65 ans
- ☐ à la pratique du parachutisme sportif (saut d'aéronef)
- ☐ à l'enseignement du parachutisme pour les moniteurs de(s) « méthode traditionnelle », « progression accompagnée en chute » ou « saut en tandem âgés de moins de 50 ans ».
- ☐ à l'enseignement du parachutisme pour les moniteurs « saut en tandem âgés de plus de 50 ans » :
les moniteurs tandem âgés de plus de 50 ans devront bénéficier tous les deux ans d'une consultation chez un cardiologue qui jugera des facteurs de risque et de l'intérêt d'examens complémentaires (test d'effort ou autre...). Ce bilan sera fourni au médecin examinateur qui délivrera le certificat d'absence de contre-indication à la pratique et à l'enseignement du tandem.
- ☐ à la pratique du vol en soufflerie
- ☐ à l'enseignement du vol en soufflerie
- ☐ à la pratique du parachutisme ascensionnel (tracté-treillé)
- ☐ à l'enseignement du parachutisme ascensionnel (tracté-treillé)
- ☐ à la pratique du parapente
- ☐ à l'enseignement du parapente

☐ **Restrictions** _____

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

Fait à _____ le _____ signature et cachet

Nombre de case(s) cochée(s) dans le document : _____

Le présent certificat est valable 1 an. La liste des contre-indications est consultable sur le site fédéral :
<https://www.ffp.asso.fr> - Espace médical/Para-clic

En cas d'aptitude ou de demande de dérogation,

Adresser ce certificat médical et tous documents utiles au Médecin Fédéral National - 62, rue de Fécamp - 75012 PARIS

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-aigüe 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 aigüe 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 aigüe 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

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