



**CERTIFICAT MEDICAL DE
NON CONTRE-INDICATION A LA
PRATIQUE DU PARACHUTISME HEMISPHERIQUE
EN OUVERTURE AUTOMATIQUE**

Je soussigné(e) Docteur _____

Médecin diplômé de médecine aéronautique

Médecin du sport

Médecin de famille

Autre

Certifie avoir examiné ce jour :

M _____

Né (e) le _____ à _____

Demeurant _____

Première licence

Reprise après arrêt médical

Renouvellement

Ne pas avoir constaté ce jour, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations, de contre-indication cliniquement décelable, à la pratique du parachutisme hémisphérique en Ouverture Automatique.

Restrictions (verres correcteurs, etc...) _____

Présente une contre-indication (précisez) _____

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 fausses déclaration. La liste des contre-indications aux activités fédérales est consultable sur la convention de stage d'ABC-AIRBORNECENTER