



## CERTIFICAT D'APTITUDES PHYSIQUES ET PSYCHIATRIQUES DES CANDIDATS PARACHUTISTES

Le présent certificat doit être établi depuis moins de six mois à la date du prochain saut.  
Le candidat et le médecin consultant prennent connaissance des dispositions réglementaires figurant au dos.

### CADRE RESERVE AU MEDECIN CONSULTANT

Je soussigné.e, Docteur en Médecine,  
ANNA SZCZEPANEK-TROCIUK

Certifie avoir examiné ce jour,

Nom : MARTYNUSKA

Prénom : WOSCICH

Je déclare avoir pris connaissances des  
contre-indications décrites au verso de  
ce certificat, et après examen, analyse et  
avis spécialisé si besoin, je déclare que  
l'intéressé.e :

- ☒ présente  
☐ ne présente pas

de contre-indication connue à la  
pratique du parachutisme sous voile  
ronde.

Fait à PODKOLPA LESNA

Le 19 / 08 / 2025

Signature et cachet du Médecin consultant :

Anna Szczepanek-Trociuk  
spécialiste médecine familiale  
*[Signature]* 1002376

### CADRE RESERVE AU CANDIDAT PARACHUTISTE

Je soussigné.e,

Nom : MARTYNUSKA

Prénom : WOSCICH

Né.e le : 19 / 08 / 2025

A : VARSOVIE, POLOGNE

Adresse actuelle : MALA 19  
05-822 MILANOWO  
POLOGNE

- ☒ Déclare avoir conscience que le parachutisme  
est une activité à risques. \*
- ☒ Déclare avoir pris connaissance des risques  
liés à cette activité et des conditions d'aptitudes  
physique et psychiatrique nécessaires. \*
- ☒ Déclare n'avoir dissimulé aucune information  
médicale me concernant au médecin  
consultant. \*
- ☒ M'engage à signaler toute modification de  
mon état de santé qui surviendrait entre la  
rédaction de ce certificat et la date de saut. \*

\*Les 4 ☐ doivent être cochés sous peine de nullité

Fait à VARSOVIE

Le 19 / 08 / 2025

Signature du candidat parachutiste :

**Le saut parachutiste avec voile ronde de type militaire se déroule comme suit :**

**CADRE RESERVE AU MEDECIN  
CONSULTANT**

Ce document m'a bien été  
présenté par le patient.

07R-1-00520-01-01

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej

„MEDICUS” s.c.

05-807 Podkowa Leśna, ul. Jelenia 30A

tel. 22 729 10 65

REGON: 016327266-00025, NIP 529-16-13-677

0000000007907 01 001 0010

*Signature et cachet du Médecin  
obligatoires*

- 1°) Instruction au sol nécessitant une bonne compréhension et restitution des cours
- 2°) Equipement avec port d'un parachute dorsal et d'un parachute ventral (parachute de secours) représentant une charge de 20 kilos
- 3°) Montée en avion et prise de hauteur de plusieurs centaines de mètres avec une mise en stress réactionnelle aboutissant à une tachycardie et une montée de la pression artérielle
- 4°) Sortie d'avion, moment ultime de la décharge d'adrénaline
- 5°) Ouverture de la voile principale et navigation sous voile
- 6°) Si incident d'ouverture du parachute dorsal : nécessité de réagir très rapidement pour ouvrir le parachute ventral (parachute de secours), d'où impérieuse nécessité d'une capacité à réagir sans délai, tant psychique que physique
- 7°) Arrivée au sol avec impact à la vitesse verticale approximative de 5 mètres/seconde et roulé boulé

**LES CONTRE-INDICATIONS RESULTANTES SONT :**

**1°) Celles pouvant aboutir à la perte de connaissance du parachutiste en vol :**

- Épilepsie
- Diabète insulino-dépendant (c'est à dire qui utilise de l'insuline seule pour traiter son diabète)
- Coronaropathie et artériopathie (infarctus du myocarde, pontage, stents...)
- Troubles du rythme graves (ayant abouti à un malaise, une hospitalisation, une prise en charge aux urgences)
- Hypertension déséquilibrée, troubles du rythme : contre-indication relative (avis spécialisé demandé)
- Tout antécédent de pertes de connaissance à répétition

**2°) Celles pouvant aboutir à une non-observance des mesures à suivre :**

- Patient avec diminution des capacités cognitives supérieures (débilité même légère, maladie d'Alzheimer...)
- Antécédents psychiatriques avec troubles de la personnalité ou du comportement (avis spécialisé demandé)
- Antécédent de tentative de suicide
- Syndrome dépressif : contre-indication relative (avis spécialisé demandé)
- Consommation d'alcool excessive (bilan biologique compatible indispensable)
- Toxicomanie
- Tout déficit musculaire ou neurologique
- Vertiges rotatoires (Ménière, VPB)

**3°) conditions exposant à des conséquences gravissimes si mauvaise réception :**

- Obésité avec IMC supérieur à 35 ou Maigreur avec IMC inférieur à 18,5
- Antécédent de fracture du rachis avec déplacement du mur antérieur
- Ostéosynthèse du rachis
- Tassement vertébral, fractures non déplacées : avis spécialisé préconisé
- Ostéoporose, ostéomalacie (ou fragilité osseuse anormale suite à traitements médicamenteux prolongés)
- Prothèse de hanche, genou
- Scoliose grave (c'est à dire avec angle de Cobb supérieur à 15°)
- Antécédent de trauma crânien avec perte de connaissance
- Prise d'anticoagulants ou d'antiagrégants plaquettaires, troubles de l'hémostase (bilan biologique indispensable)
- Grossesse
- Chirurgie récente (avis spécialisé demandé)

**LES EXAMENS ET AVIS COMPLEMENTAIRES PRECONISES SONT :**

- Avis spécialisé cardiologique avec épreuve d'effort, datant de moins de 5 ans, pour les patients à partir de 45 ans
- Avis spécialisé psychiatrique si syndrome dépressif
- Bilan biologique avec : glycémie à jeun, HBA1C, bilan hépatique, dosage des CDT, bilan de coagulation
- Si scoliose : radiographies du rachis dorso-lombaire avec mesure de l'angle de Cobb

**Liste non exhaustive. Le médecin consultant est libre de compléter le bilan en fonction de ses données personnelles**