



CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE DES CANDIDATS PARACHUTISTES

Le présent certificat doit être établi depuis moins de six mois à la date du premier saut.

Le candidat et le médecin consultant prennent connaissance des dispositions réglementaires figurant aux Pages 2 & 3.

CADRE RESERVE AU MEDECIN CONSULTANT

Je soussigné.e, Docteur en Médecine,

Patrice DARY

Certifie avoir examiné ce jour,

Nom : QUERE

Prénom : Philippe

**Après examen du patient et
analyse des contre-indications
décrites au verso de ce certificat, je
déclare que l'intéressé.e :**

☒ **satisfait**

☐ **ne satisfait pas
aux conditions d'aptitudes
physiques et psychiatriques
requisés par cette activité.**

Fait à Houlgate

Le 03/02/2026

Signature et cachet du Médecin consultant :

Patrice DARY
Docteur Patrice DARY
4 Bd de Saint Philbert
14510 HOULGATE
Tél. : 02 31 28 33 80
Adeli : 141033183
RPPS : 10002112836

CADRE RESERVE AU CANDIDAT PARACHUTISTE

Je soussigné.e,

Nom : QUERE

Prénom : PHILIPPE

Né.e le : 17/07/1969

A : CAEN

Adresse actuelle : 152 HERBAGE

BARIL
14340 BEAUFOUR - DRUVAL

- ☐ 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 cochées sous peine de nullité**

Fait à Beau Four - Druval

Le 03/02/2026

Signature du candidat parachutiste :

CONDITIONS D'APTITUDE PHYSIQUE ET PSYCHIATRIQUE POUR LES CANDIDATS PARACHUTISTES

LES CONTRE-INDICATIONS RÉSULTANTES SONT :

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

- Épilepsie non traitée, ou épilepsie traitée avec une crise datant de moins de deux ans
- Diabète insulino-dépendant (c'est à dire qui utilise de l'insuline seule pour traiter son diabète)
- Coronaropathie (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, inexpliquées

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

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

- Obésité avec IMC supérieur à 35
- Maigre avec IMC inférieur à 18,5
- Antécédent de fracture du rachis
- Tassement vertébral
- Ostéosynthèse du rachis
- Ostéoporose, ostéomalacie (ou fragilité osseuse anormale suite à traitements médicamenteux prolongés)
- Matériel d'ostéosynthèse au niveau d'un membre inférieur
- Scoliose grave (c'est à dire avec angle de Cobb supérieur à 15°)
- Spondylolisthésis à partir du grade 2 (plus de 25 % de glissement d'un corps vertébral sur l'autre)
- Antécédent de trauma crânien avec perte de connaissance
- Prise d'anticoagulants
- Splénomégalie

4°) autres conditions éliminatoires :

- Asthme-maladie en évolution ou déséquilibré
- pneumothorax spontané récidivant, opéré ou non
- État de grossesse : il appartient à l'intéressée de déclarer son état de grossesse dès qu'elle en a connaissance
- Acuité visuelle sans ou avec correction inférieure à 5/10 pour le meilleur des deux yeux et 3/10 pour le moins bon (si obtenu avec correction, cocher la case « port de verres correcteurs » sur le certificat)
- Antécédent de chirurgie cardiaque
- Antécédents de chirurgie de l'encéphale et de ses enveloppes

LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES PRÉCONISÉS 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 antécédent de syndrome dépressif, tentative de suicide, troubles de la personnalité ou du comportement
- Bilan biologique avec glycémie à jeun, HbA1C, bilan hépatique et dosage des CDT pour tout candidat
- Si scoliose ou antécédents de pathologie lombaire: 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.

CADRE RESERVE AU MEDECIN CONSULTANT

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

Docteur Patrice DARY

4 Bd de Saint Philbert

14510 HOULGATE

Tél. : 02 31 28 33 80

Adell : 141033183

RPPS : 10002112836

*Signature et cachet du Médecin
obligatoires*

PRENOM : Philippe



N° de dossier : _____
Avis : _____

QUESTIONNAIRE DE SANTE

(à usage exclusif de l'échelon médical de l'association)

DATE DE NAISSANCE : 17-10-1969 TAILLE (en cm) : 164 cm POIDS (en kg) : 70 kg

1°) Avez-vous déjà présenté une crise d'épilepsie ?	OUI ☒ NON
2°) Etes-vous diabétique avec un traitement par insuline ?	OUI ☒ NON
3°) Avez-vous des antécédents cardio-vasculaires ? (Infarctus, angor, stent, pontage...) Si oui précisez _____	OUI ☒ NON
4°) Souffrez-vous de troubles du rythme cardiaque ? Si oui précisez _____	OUI ☒ NON
5°) Avez-vous une hypertension artérielle ? - Si oui, est-elle traitée ? _____ - Si oui, quelle est la dernière mesure : _____	OUI ☒ NON
6°) Avez-vous déjà eu une perte de connaissance et/ou un étourdissement inexpliqué ou à répétition ?	OUI ☒ NON
7°) Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?	OUI ☒ NON
8°) Avez-vous des antécédents de fracture du rachis (cervical, dorsal, lombaire) ? Si oui précisez _____	OUI ☒ NON
9°) Avez-vous des prothèses de hanche, coude, épaule ou de genou ? Si oui précisez _____	OUI ☒ NON
10°) Avez-vous eu un trauma crânien avec perte de connaissance ?	OUI ☒ NON
11°) Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ?	OUI ☒ NON
12°) Avez-vous été opéré dans les 12 derniers mois ? Si oui : quand et de quoi ? _____	OUI ☒ NON
13°) Prenez-vous des médicaments tous les jours ? Si oui, lesquels : _____	OUI ☒ NON
14°) Souffrez-vous d'une maladie touchant les muscles ?	OUI ☒ NON
15°) Souffrez-vous d'une maladie neurologique ? Si oui, laquelle : _____	OUI ☒ NON
16°) Avez-vous ou avez-vous eu des crises de vertiges rotatoires ?	OUI ☒ NON
17°) Avez-vous des informations utiles à communiquer : _____ _____	OUI ☒ NON

Je certifie sur l'honneur l'exactitude et la sincérité des informations portées ci-dessus, ainsi que n'avoir dissimulé ni omis une quelconque information en lien avec mon état de santé et mes capacités physiques et mentales.

Fait à Beaufort le 03/02/2026 signature : _____