



FICHE DE RENSEIGNEMENT INDIVIDUELLE



VOTRE ETAT CIVIL*

Civilité	Monsieur
Nom	EULRY - K I S T E R
Prénoms	Jordi
Date de naissance	01/04/2004
Ville et pays de naissance	MONTPELLIER, FRANCE
Nationalité	Française
Adresse complète	10 rue du cloître
Code postal	34230
Ville	Le POUGET
Pays	France
Téléphone	06 48 05 43 26
E-mail	jordikister@gmail.com

*Pensez à nous prévenir en cas de changement.

VOS MENSURATIONS

Votre taille(cm)	184
Votre poids(kg)	71
Votre taille de vêtements*	XS S M <input checked="" type="radio"/> L XL XXL

*Entourez la mention correspondant à votre taille habituelle de vêtement

PERSONNE A CONTACTER EN CAS DE BESOIN*

Civilité	Madame
Nom	K I S T E R
Prénoms	Colette
Adresse complète	10 rue du cloître
Code postal	34230
Ville	Le POUGET
Pays	France
Téléphone	06 87 47 14 40
E-mail	col.kister@gmail.com

*Pensez à nous prévenir en cas de changement.



DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné, **NOM PRENOM** EULRY-KISTER Jordi

Declare sur l'honneur ne souffrir d'aucuns problèmes physiques ou psychologiques pouvant rendre dangereuse, pour moi et les autres, la pratique du parachutisme.

Je suis également informé qu'il est de ma responsabilité de vérifier auprès de mon assurance que celle dernière couvre bien la pratique du parachutisme en cas de dommages matériels ou non que je pourrais provoquer en France.

Que je participe à une école de sauts, proposée et organisée par L'Union Nationale des Parachutistes et Airborne Center, je m'engage à respecter scrupuleusement le programme défini par le ou les instructeurs, ainsi que leurs directives et consignes de quelquers nature qu'elles soient dès lors qu'elles sont liées à la pratique du parachutisme.

En cas de pertes, vols et dégradation de mon matériel, seule ma responsabilité est engagée.

Enfin, je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations portées sur ce document, ainsi que l'origine et l'intégrité des documents qui y sont joints.

Fait à : Céret (66400)

Le : 27/12/2025

Signature obligatoire

(précédée de la mention « lu et approuvé »)

Lu et approuvé

Les données à caractère personnel concernant les personnes physiques ainsi recueillies sont obligatoires et ont pour finalité principale l'organisation de sauts en parachutes. Elles sont exclusivement destinées, de même que celles qui seront recueillies ultérieurement, à l'Association A-Center, responsable du traitement. Certaines données peuvent être adressées à des tiers pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires. A-Center est tenue au secret à l'égard de ces données. Toutefois, A-Center est autorisée par les personnes physiques à communiquer les données les concernant à des entreprises, associations et institutions pour des besoins de gestion et d'organisation des différentes activités. Les personnes physiques disposent d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression pour toute donnée personnelle les concernant auprès de l'association A-Center.



CERTIFICAT D'APTITUDES PHYSIQUES 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 règlementaires figurant aux pages 2 et 3.

CADRE RESERVE AU MEDECIN CONSULTANT

Je soussigné(e), Docteur en Médecine,

NASSAN Shady

Certifie avoir examiné ce jour,

Nom : FULRY-KISTER

Prénom : Jordi

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 requises par cette activité.

Fait à Montpellier

Le 07/01/2026

Signature et cachet du Médecin consultant :

CADRE RESERVE AU CANDIDAT PARACHUTISTE

Je soussigné(e),

Nom : FULRY-KISTER

Prénom : Jordi

Né(e) le : 01/04/2004

A : Montpellier

Adresse actuelle : 10 me du cloître

34230

Le Pouget

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 Montpellier

Le 07/01/2026

Signature du candidat parachutiste :