

# FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PARACHUTISME

## CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DU PARACHUTISME SPORTIF

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_

- Médecin diplômé de médecine aéronautique  
 Médecin du sport  
 Autre

Certifie avoir examiné ce jour :

M \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Demeurant \_\_\_\_\_

- Première licence                       Reprise après arrêt médical  
 Renouvellement                       Tandem

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

- à la pratique du parachutisme sportif (saut d'aéronef)  
 à la pratique du parachutisme ascensionnel (tracté-treuilé)  
 à la pratique du parapente

**Restrictions** (verres correcteurs, etc.) \_\_\_\_\_

**Présente une contre-indication** (précisez) \_\_\_\_\_

Le jeune sportif de 15 à 16 ans désigné ci-dessus a bénéficié des examens prévus par la réglementation FFP et qu'il ne présente pas de contre-indication clinique à la pratique des activités désignées. L'âge de 12 ans est requis pour ascensionnel et parapente.

**Je certifie avoir pris connaissance de la liste des contre-indications à la pratique du parachutisme établie par la Commission Médicale de la FFP et de la réglementation en matière de délivrance des certificats médicaux au sein de la FFP.**

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 fausse déclaration. La liste des contre-indications aux activités fédérales est consultable sur le site fédéral [www.ffp.asso.fr](http://www.ffp.asso.fr)**

**En cas d'inaptitude,**

Adresser ce certificat médical au Médecin Fédéral National - 62, rue de Fécamp - 75012 PARIS (sous timbre secret médical)

**En cas de dérogation demandée par le candidat,**

Adresser la fiche médicale et la demande écrite de dérogation du candidat au Médecin Fédéral Inter Régional

## 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 | \_\_\_\_ | | \_\_\_\_ | | \_\_\_\_ | | Lieu 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 ?  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/ Prenez-vous des médicaments actuellement ?  oui  non  
Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

5/ Consommez-vous du cannabis ?  oui  non

6/ Avez-vous déjà eu une entorse, une fracture  
ou une luxation ?  oui  non  
Si oui, quand et quelle en est la localisation ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7/ Portez-vous des lunettes ?  oui  non  
Des lentilles de contact ?  oui  non  
Avez vous un problème auditif ?  oui  non

8/ Êtes-vous à jour de vos vaccinations ?  oui  non  
(Tétanos - Polio)

9/ Autres remarques \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ atteste sur  
l'honneur que ces déclarations sont sincères et véritables.

Fait à ..... le .....

Signature