

Confirmation de réservation P.A.C. & O.A.

Fiche à nous retourner par courrier
avec 40 € d'acompte
à l'ordre du CERPS SAUMUR

CERPS SAUMUR, 118 rue des Landes de terrefort, BP 33, 49426 SAUMUR cedex

Date du saut : / ____ / ____ / ____ / (définie avec le secrétariat au préalable 0241504527)

Type de saut : PAC 1 saut Stage 7 sauts
OA 1 saut Stage 5 sauts
Stage 10 sauts

Rendez-vous à
8h30

NOM : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Téléphone Fixe : _____ Mobile : _____
Email : _____
Date de naissance : / ____ / ____ / ____ / Lieu : _____ Code postal : _____



Situation familiale : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf (ve)
Nombre d'enfants à charge : _____
Profession : Profession libérale Employé, Ouvrier
 Exploitant agricole Etudiant
 Commerçant, Artisan Militaire de carrière
 Cadre Autres

NOM, Prénom de la personne à prévenir en cas d'accident (bénéficiaire garantie décès) :

Téléphone Fixe : _____ Mobile : _____

Pièces à fournir :

- **Le certificat médical valable 6 mois de non contre-indication à la pratique du parachutisme fait par un médecin généraliste est obligatoire.**
- **Pour les mineurs fournir une autorisation parentale**
- **Pour les 15 à 17 ans fournir un cliché poignet-main permettant la détermination de l'âge osseux**

Rappels importants

- **Ne pas être en arrêt maladie**
- **Le poids maxi est de 90 KG.**
- **Il est interdit de consommer de l'alcool ou autres substances interdites avant de sauter sous peine de vous faire refuser le saut.**

Poids du sautant :

Informations complémentaires :

- **Munissez-vous de vos lunettes de vue avec sangle de maintien si vous en possédez.**
- **Prévoyez des vêtements non amples et chauds.**
- **Prévoyez des chaussures de sport basses.**

Date et Signature

Les moniteurs restent les seuls juges de l'aptitude de l'élève à sauter ou pas en OA ou en PAC.

FEDERATION FRANÇAISE DE PARACHUTISME

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

- Je soussigné(e) Docteur _____
- Médecin diplômé de médecine aéronautique
- Médecin du sport
- Autre

Certifié 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'aéronet)
- à la pratique du parachutisme ascensionnel (trace-trouille)
- 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.fdp.asso.fr

En cas d'invalidité.
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-Regional

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 | Contre-indications définitives | Contre-indications temporaires |
| Vitesse : 180 km/h en chute, 8 à 15 km/h au poser | | |
| Cardiologie | Cardiopathie congénitale ou acquise Trouble de la conduction myocardique permanente ou paroxysmique, 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-arytmique 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'épaulle Instabilité rotulienne majeure Affection rhumatismale chronique ou sub-aiguë Spondylolisthésis instable avec signes fonctionnels aigus ou chroniques Hème discal 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 hème discal 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 |
| Ophthalmologie | Fragilisation du globe oculaire (chirurgie ouverte, myopie forte, traumatisme) Aguie inf à 8/10 avec correction, le meilleur à 6/10, le plus faible à 1/10 | Chirurgie réfractive à évaluer Dyschromatopsie (SIH-IHARA), aventr Traitement par bêta bloquant topique à évaluer |
| Neurologie | Epilepsie Troubles chroniques ou paroxysmiques de la vigilance Étrraction méningée neurochirurgicale, ORL, traumatique | Traumatisme crânien grave à évaluer |
| Psychiatrie | Affection psychiatrique Alcoolisme et toxicomanies avérées | Traitement anxiolytique, antidépresseur, hypnotique à évaluer |
| Hématoilogie | Hémopathies, splénectomies Anomalies de la crase | Plébiéte non explorée |
| Endocrinologie | Diabète insulino dépendant Affection aigüe ou chronique pouvant nuire sur la sécurité | Diabète non insulino dépendant à évaluer |
| Gastro-entérologie | Dysfonction de la paroi abdominale Séquelles chirurgicales (cicatrice déhiscence, stome...) | Hème hiatal, reflux, colopathie à évaluer |
| Gynécologie | | Grossesse |
| Génié-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

Coordonnées du médecin fédéral : Dr Michel GUIAVARCH – Tel : 06.86.01.91.30 – Email : michel.guiavarch@chiccas-gap.fr