


CONFIRMATION DE RESERVATION
TANDEM

Fiche à 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)

Heure : _____

<u>NOM</u> :	<u>Prénom</u> :	
<u>Adresse</u> :		
<u>Code postal</u> :	<u>Ville</u> :	
<u>Téléphone Fixe</u> :	<u>Mobile</u> :	
<u>Email</u> :		
<u>Date de naissance</u> : / ____ / ____ / ____ /	<u>Lieu</u> :	<u>Code Postal</u> :

<u>Situation familiale</u> :	<input type="checkbox"/> Célibataire	<u>Nombre d'enfants à charge</u> :
	<input type="checkbox"/> Marié(e)	
	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<u>Poids du sautant (obligatoire)</u> :
	<input type="checkbox"/> Veuf (ve)	
<u>Profession</u> :	<input type="checkbox"/> Profession libérale	<input type="checkbox"/> Employé, Ouvrier
	<input type="checkbox"/> Exploitant agricole	<input type="checkbox"/> Etudiant
	<input type="checkbox"/> Commerçant, Artisan	<input type="checkbox"/> Militaire de carrière
	<input type="checkbox"/> Cadre	<input type="checkbox"/> Autres

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

Téléphone Fixe: _____ Mobile : _____

VIDEO oui non

Les clichés pourront être intégrés dans tous supports physique (brochures) ou multimédias (site internet) édités et diffusés par le CERPS SAUMUR

Pièce à fournir :

- ***Le certificat médical d'une validité de 6 mois fait par un médecin généraliste de non contre-indication à la pratique du parachutisme en tandem à 4000 mètres est obligatoire.***
- ***Pour les mineurs fournir une autorisation parentale***
- ***Pour les 15-16 ans fournir un cliché poignet-main permettant la détermination de l'âge osseux***

Rappels importants

- ***Le poids maxi est de 86 KG.***
- ***Il est interdit de consommer de l'alcool ou autres substances interdites avant de sauter sous peine de vous faire refuser le saut.***
- ***Il est interdit d'être en arrêt maladie le jour du saut***

***Le moniteur reste le seul juge
de l'aptitude de l'élève à faire un saut ou pas.***

Date et Signature

Informations complémentaires :

- ***Munissez-vous de vos lunettes de vue avec sangle de maintien si vous en possédez (des sur lunettes sont fournies).***
- ***Prévoyez des vêtements non amples et chauds.***
- ***Prévoyez des chaussures de sport basses.***
- ***Prévoir la demi journée (matin ou après midi), activité très dépendante de la météo***

FEDERATION 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 _____ à _____

Né(e) le _____ à _____

Demeurant _____

- Première licence Reprise après arrêt médical
 Renouvellement Tandem

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

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

Restrictions (verras 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

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 À 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 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-arythmique à évaluer Traitement bêta-bloquant à évaluer
Appareil locomoteur et squelette	Affections oséo-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-aiguë 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 aigue intercurrente
Ophthalmologie	Fracture du globe oculaire (chirurgie ouverte, myopie forte, traumatisme) Acutie inf à 8/10 avec correction, le meilleur à 6/10, le plus faible à 1/10	Chirurgie réfractive à évaluer Dyschromatopsie (SHHARA), avertr le candidat Traitement par bêta bloquant topique à évaluer
Neurologie	Epilepsie Troubles chroniques ou paroxysmiques de la vigilance Étréfaction méningée neurochirurgicale, ORL, traumatique	Traumatisme crânen grave à évaluer
Psychiatrie	Affection psychiatrique Alcoolisme et toxicomanies avérées	Traitement anxiolytique, antidépresseur, hypnogène à évaluer
Hématologie	Hémopathies, splénomégalies Anomalies de la crase	Phlébite non explorée
Endocrinologie	Diabète insulino dépendant Affection aigue ou chronique pouvant nuire sur la sécurité	Diabète non insulino dépendant à évaluer
Gastro-entérologie	Dysfonction de la paroi abdominale Séquelles chirurgicales (cicatrice déhiscente, stome...)	Hernie hiatale, reflux, colopathie à évaluer
Gynécologie	Séquelles avérées de chirurgie	Grossesse

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 GUIVARCH – Tél : 06.86.01.91.30 – Email : michel.guivarch@chicas-gsp.fr