

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

Fiche à nous retourner par courrier avec 50 € d'acompte à l'ordre du CERPS SAUMUR

**Rendez-vous à
8h30**

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

Date de début de stage : / ___ / ___ / ___ /
(définie avec le secrétariat au préalable : 02.41.50.45.27)

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

NOM :

Prénom :

Date de naissance : / ___ / ___ / _____ /

Lieu :



Poids du sautant :

Taille du sautant :

Email :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone Fixe :

Mobile :

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

Mobile :

Nombre d'enfants à charge :

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Veuf

Profession :

NOM, Prénom du bénéficiaire assurance

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

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**.
- Une **pièce d'identité**
- 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.**

Date et Signature

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.

FEDERATION FRANÇAISE DE PARACHUTISME

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRACTIQUE 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'exacitude de ses déclarations, de contre-indication cliniquement décelable :

à la pratique du parachutisme sportif (saut d'aérodrome)
 à la pratique du parachutisme ascensionnel (tractés-treuilés)
 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.fhd.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 Régional

CONTRE-INDICATIONS A LA PRACTIQUE 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	Contre-indications définitives	Contre-indications temporaires
Vitesse : 180 km/h en chute, 8 à 15 km/h au poser	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
Cardiologie	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 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
Appareil locomoteur et squelette	Affection pulmonaire chronique ne tolérant pas l'hypobarie ou l'hypoxie BPCO, dilatation des bronches, syndromes restrictifs (lobectomie, pectus...) Pneumothorax récidivant Affection chronique de l'oreille moyenne Obstruction permanente de la trompe d'Eustache Capotose uni- ou bilatérale Trouble permanent du vestibule	Affection aiguë intercurrente
Oto-rhino-laryngologie	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 Désorientation (SHIHARA), avertir le candidat Traitement par bêta bloquant topique à évaluer
Ophthalmologie	Epilepsie Troubles chroniques ou paroxysmiques de la vigilance Érraction méningée neurochirurgicale, ORL, traumatique	Traumatisme crânien grave à évaluer
Neurologie	Affection psychiatrique Alcoolisme et toxicomanies avérées Hémopathies, splénomégalies Anomalies de la crase Diabète insulino dépendant Affection aigue ou chronique pouvant influer sur la sécurité	Traitement anxiolytique, antidépresseur, hypnotique à évaluer Prière non explorée Diabète non insulino dépendant à évaluer
Psychiatrie	Diabète insulino dépendant Affection aigue ou chronique pouvant influer sur la sécurité	
Hématologie	Dysfonction de la paroi abdominale Séquelles chirurgicales (cicatrice déhiscence, stome...)	Hernie hiatale, reflux, colopathie à évaluer
Endocrinologie		
Gastro-entérologie		
Gynécologie		Grossesse
Généto-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.