



CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU SAUT EN TANDEM



Je soussigné(e), Docteur _____

Médecin diplômé de médecine aéronautique

Médecin du sport

Autre

Certifie avoir examiné ce jour :

M/Mme _____

Né(e) le _____ à _____

Demeurant _____

Ne pas avoir constaté ce jour, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations, de contre-indication cliniquement décelable à la pratique du saut tandem.

Restrictions (verres correcteurs, etc.) _____

Présente une contre-indication (précisez) _____

Je certifie avoir pris connaissance de la liste des contre-indications à la pratique du saut en tandem.

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.

Mise à jour le 01 mars 2019