



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 _____

Déclare,

- 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.

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.