SKYDIVE SPA ASBL
Aérodrome de Spa la Sauvenière
Route de la Sauvenière, 122
B-4900 SPA

Certificat médical – Aptitude au parachutisme (50 ans et +)

En complément du certificat médical de base

Medical Certificate – Fitness for Skydiving (Age 50 and Over)

In in addition to the standard medical certificate

Nom et prénom / Full name : _____
***Date de naissance /** Birthdate* **:** _____/ _____/ _____
Adresse / *Address* **:** _____

Je soussigné(e), Dr _____, **Médecin** **Cardiologue**
Certifie avoir examiné ce jour le patient mentionné ci-dessus.

I, the undersigned, ***Dr*** _____,
Doctor Cardiologiste *Certify that I have examined the above-named patient today.*

Après examen cardiaque par ECG / Un examen cardiologique approfondi jugés utiles, (antécédent maladie cardio-vasculaire)
Je n'ai pas constaté de contre-indication cardiovasculaire cliniquement décelable à la pratique du parachutisme sportif.

Following a cardiac examination by ECG / A thorough cardiological examination deemed necessary (history of cardiovascular disease)
I have found no clinically detectable cardiovascular contraindications to the practice of recreational skydiving..

Ce certificat est établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre.
This certificate is issued at the request of the individual and handed over personally.

Il est valable pour une durée de deux ans à compter de la date de signature, sauf apparition d'un problème de santé nécessitant une réévaluation médicale.

It is valid for ***two years*** *from the date of signature,*
unless a health issue arises requiring medical reassessment.

Cachet et signature du Médecin / Cardiologue, *Stamp and signature of the Cardiologist , Doctor :*
Date : …../……/ 202..

LE PRÉSENT CERTIFICAT EST VALABLE DEUX ANS À COMPTER DE LA DATE À LAQUELLE IL A ÉTÉ DÛMENT COMPLÉTÉ

This certificate is valid for two years from the date on which it was duly completed