Formulaire d'Aptitude Médicale pour Saut en Parachute en Tandem à Skydive Spa

Adresse : Rue de la Sauvenière 122 4900 SPA
Téléphone : 087 26 99 06
Date :

Informations du Client

- **Nom :** _____
- **Prénom :** _____
- **Date de Naissance :** _____
- **Numéro de Téléphone :** _____

Évaluation Médicale

Je soussigné, Dr. _____, médecin, certifie par la présente que j'ai examiné le patient ci-dessus et que j'ai pris en compte son historique médical.

1. **Antécédents Médicaux :**
    - Problèmes cardiaques : Oui / Non
    - Problèmes respiratoires : Oui / Non
    - Problèmes neurologiques : Oui / Non
    - Problèmes d'épilepsie : Oui / Non
    - Problèmes de déboitement d'épaule : Oui/Non
    - Autres (précisez) : _____
2. **Médicaments Actuels :**
    - _____
3. **Examen Physique :**
    - Poids : _____ kg
    - Taille : _____ cm
    - Tension Artérielle : _____ mmHg
    - Fréquence Cardiaque : _____ bpm
4. **Capacité à participer à un saut en parachute :**
    - Le patient est apte à effectuer un saut en parachute en tandem : Oui / Non
    - Remarques supplémentaires :
      _____

Signature du Médecin

- **Nom du Médecin :** _____
- **Spécialité :** _____
- **Date :** _____
- **Signature :** _____

Remarques

- Ce formulaire doit être rempli par un médecin agréé.
- Le centre de parachutisme se réserve le droit de refuser toute personne qui ne présente pas une aptitude médicale adéquate.