

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.