

FEDERACIÓN FRANCESA DE PARACAIDISMO

CERTIFICADO MÉDICO DE NO CONTRAINDICACIÓN CON LA PRÁCTICA DEL PARACAIDISMO DEPORTIVO

El abajo firmante, _____, licenciado en Medicina, Colegiado con número _____, certifica haber examinado en el día de hoy a D./Dña: _____, nacido/a el _____, en _____, residente en _____ (localidad y provincia).

No habiendo visto en el día de hoy, sin perjuicio de la precisión de sus declaraciones, ninguna contraindicación detectable para la práctica del paracaidismo, mediante un salto tándem a realizar con un Instructor.

Hecho en _____, a _____ de _____ de 20 ____.

Este certificado es válido, a efectos de un salto tándem en paracaídas durante un año desde su fecha de expedición, a menos que existan enfermedades intercurrentes o accidente y entregado en mano del interesado, al que le he informado de los riesgos de una falsa declaración.