



ATTESTATION MÉDICALE D'APTITUDE AU SAUT EN PARACHUTE TANDEM

Je soussigné(e), Docteur _____, certifie avoir examiné
ce jour :

Nom :	_____
Prénom :	_____
Date de naissance :	_____
Adresse :	_____

Après examen médical, je ne constate à ce jour **aucune contre-indication apparente** à la réalisation d'un **saut en parachute tandem**. La présente attestation est délivrée à la demande de l'intéressé(e) pour servir et valoir ce que de droit.

Lieu : _____

Date : _____

Signature et cachet du médecin

Information

Ce modèle est mis à disposition par **Berry Parachutisme** uniquement afin de faciliter la rédaction de l'attestation médicale. L'évaluation de l'aptitude du participant relève exclusivement du médecin signataire. Berry Parachutisme ne formule aucune recommandation médicale et n'engage pas sa responsabilité quant au contenu ou à la délivrance de cette attestation.