COMMISSION MEDICALE FEDERALE NATIONALE

medical.ffvl.fr
medecinfederalnational@ffvl.fr
Dr François Duchesne de Lamotte

Ce document est à compléter par votre médecin. Il doit être précédé d'un examen clinique.

Un modèle d'examen adapté aux spécificités de nos disciplines peut être consulté (www.ffvl.fr – rubrique Médical). Attention le renouvellement varie en fonction de votre âge et de votre pratique : 1 an pour les mineurs, publics spécifiques (handicapés, accidentés,…) et compétiteurs, 3 ans pour les majeurs non compétiteurs <40 ans, 2 ans au-delà. Pour les publics spécifiques la 1ère licence est soumise à un protocole de dérogation à consulter préalablement.

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE INDICATION À LA PRATIQUE DU VOL LIBRE (aile delta, parapente, cerf-volant, kite, speed-riding, boomerang)

Au terme de l'examen du ____ ____ / ____ ____ / ____ ____

Je soussigné, Docteur (tampon avec coordonnées y compris mail)

certifie que

○ Mademoiselle ○ Madame ○ Monsieur

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____ _____ / _____ _____ / _____ _____

Adresse _____

N° de licence FFVL (si connu) : ☐☐☐☐☐☐☐☐ (7 chiffres + 1 lettre)

ne présente pas, ce jour, de contre indication à la pratique du Vol Libre.

discipline(s) : ○ **Aile delta** ○ **Parapente** ○ **Speed-riding**
○ Cerf-volant de traction **Kite** ○ **Cerf-volant** ○ **Boomerang**

(plusieurs cases peuvent être cochées, barrer les mentions inutiles si nécessaire) :

○ Hors compétition ○ En compétition ○ En enseignement
○ Demande de surclassement (attention lire les conditions sur www.ffvl.fr – rubrique Médical)
○ Sous réserve de l'avis du médecin fédéral pour dérogation (handi définitif ou temporaire, maladie, accident
○ Nécessité de dispositifs de compensation ou d'adaptation sur la personne (handicap permanent – acquis- temporaire) (préciser la liste) :

_____

_____

○ nécessité d'aménagements du matériel (préciser la liste) :

_____

_____

Certificat remis en main propre et valable pour une durée de :

○ 24 mois (>40 ans) ○ 36 mois (18-39 ans) ○ 12 mois (tout compétiteur, <18 ans , handi & spécifique)

(Possibilité de réduire à 1 an en fonction de l'avis médical. En cas de handicap temporaire, remplir la case ci-dessous pour lever la restriction ou les aménagements et établir un nouveau certificat)

○ Certificat provisoire. A revoir (préciser la date) : _____ _____ / _____ _____ / _____ _____

Signature et tampon

Cette fiche est uniquement indicative et pourra être accompagnée de tous les documents nécessaires. Cette démarche individuelle et soumise au secret médical est conforme aux bonnes pratiques de la médecine sportive et destinée à apporter une information et une aide pour limiter les risques de la pratique de ce sport.