



1 Avenue Édouard Belin
31400 Toulouse

05 62 17 90 00

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON-CONTRE-INDICATION

À LA PRATIQUE DU PARAPENTE
Daté de moins d'un an

Je soussigné(e) ► ,
docteur en médecine,
► certifie avoir examiné, M./Mme ,

Né (e) le ,

- et avoir constaté qu'il (elle) ne présente aucune contre-indication à la pratique du Parapente.

Observations :

..... ,
..... ,
..... ,
..... ,
..... ,

Fait à le

(Signature et cachet du médecin obligatoire)