



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)*