



COMMISSION MEDICALE FEDERALE NATIONALE

medical.ffvl.fr
medecinfederationalnational@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 1^{ère} 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