



VOLTIGE

ÉCOLE DE PARACHUTISME

Examen médical pour parachutistes

Renseignement sur le participant :

Prénom et Nom : _____

Adresse: _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____

Taille : _____

Poids : _____

Sexe: _____

Historique Médical: (à remplir par le médecin)

Au médecin : L'examen doit porter sur les maladies antérieures et actuelles susceptibles d'influer sur la capacité à pratiquer le parachutisme de façon autonome.

Maladies : _____

Opérations : _____

Blessures :

Historiques des maladies héréditaires : _____

Prénom et Nom du candidat: _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____

Historiques de dislocations et/ou problème d'épaules : _____

Médication : _____

Examen médical

Élément	Guide	Observations
<u>Vue</u>	Noter la vue corrigée L'examen cycloplégique n'est pas habituellement nécessaire .	Vue corrigée : _____/ _____
<u>Ouïe</u>	On doit évaluer l'ouïe avec la voix chuchotée. Le candidat doit être en mesure d'entendre et de comprendre à une distance supérieure à 2 mètres.	
<u>Tympan - (perforation)</u>	Observer et noter les dommages au tympan.	
<u>Cardio Vasculaire :</u> Rythme Pression Respiration	Relever la pression du candidat	
<u>Infirmités/ Anomalies</u>	Noter les observations	
<u>Sinus, bouche gorge</u>	L'examen doit viser à détecter la présence de tout trouble qui risquerait de nuire aux fonctions respiratoires ou de faire obstacle à l'équilibration des pressions durant le vol.	
<u>Abdomen</u>	Il est nécessaire d'évaluer la région inguinale puisque toute hernie inguinale peut compromettre la sécurité du vol.	

Prénom et Nom du candidat: _____
Date de naissance : _____ / _____ / _____

Élément	Guide	Observations
<u>Santé mentale</u>	Il s'agit d'une évaluation globale de l'aptitude psychologique. Il est souhaitable qu'une évaluation succincte de la stabilité mentale du candidat figure dans l'espace réservé aux commentaires.	
<u>Systeme nerveux</u>	Un examen de dépistage comportant une évaluation des réflexes est nécessaires.	

J'ai examiné le candidat ci-haut et j'ai trouvé(ée) _____ Apte _____ Non-Apte à participer à l'entraînement et à la pratique de saut en parachute sportif de façon autonome.

Renseignement sur l'identité du médecin

Prénom et nom : _____

Adresse : _____

Téléphone: _____

Date de l'examen : _____ / _____ / _____

Signature du médecin : _____

Numéro du permis d'exercice: _____

Prénom et Nom du candidat: _____
 Date de naissance : _____ / _____ / _____