



# 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](http://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<sup>ère</sup> 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](http://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