



CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU VOL EN MONTGOLFIERE

Je soussigné(e), Docteur _____, certifie avoir examiné ce jour:

Mr/Mme: _____ Prénom: _____ Né(e) le: _____

ne pas avoir constaté ce jour - sous réserve de l'exactitude de ses déclarations - de contre-indication cliniquement décelable à la pratique du vol en montgolfière

QUESTIONNAIRE MEDICAL

1	Avez-vous été opéré récemment ? Si oui, précisez le type d'opérations:	oui / non*
2	Avez-vous eu récemment une entorse, une fracture ou une luxation ?	oui / non*
3	Portez-vous une prothèse ?	oui / non*
4	Souffrez-vous d'un problème respiratoire ?	oui / non*
5	Souffrez-vous d'un problème cardiaque ?	oui / non*
6	Souffrez-vous d'un problème psychique ou psychiatrique particulier ?	oui / non*
7	Etes vous en mesure d'enjamber seul une nacelle d'une hauteur de 1, 20 m disposant de 2 marche-pieds espacés de 40 cms?	oui / non*
8	Etes-vous en mesure de rester debout sans aide pendant au moins une heure trente ?	oui / non*
9	Etes-vous en mesure de vous maintenir les genoux pliés pendant quelques minutes ?	oui / non*
10	Souffrez-vous d'autres pathologies non-précisées dans ce questionnaire ?	oui / non*

* Entourez la mention exacte

Fait à: _____ le _____

Signature et cachet



info@aerfun.com



06 51 56 57 66



www.aerfun.com