

# **INFORMATIONS FEDERALES**

**6 ème journée médicale du parachutisme sportif  
AEROKART samedi 11 octobre 2008**

**Docteur Yves GROSSE  
FFP**

# AGES DE PRATIQUE

- **Avion**                      **15 ans**
  - **Âge osseux entre 15 et 16 ans**
- **Parapente**                **12 ans**
- **Ascensionnel**          **12 ans**
- **Soufflerie**

# REGLEMENTATION MEDICALE

support  
et  
texte « légal »



# QUESTIONNAIRE MEDICAL



## QUESTIONNAIRE MÉDICAL

(à faire remplir par le candidat)

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

Date de naissance I\_\_\_\_ II\_\_\_\_ III\_\_\_\_ | Lieu de naissance \_\_\_\_\_

Niveau de pratique \_\_\_\_\_ Nombre de sauts \_\_\_\_\_

**1/ Avez-vous déjà été opéré (e) ?**  oui  non

Si oui, de quoi ?

**2/ Avez-vous eu un traumatisme crânien ?**  oui  non

Si oui, quand et avec quelles conséquences ?

**3/ Avez-vous (ou avez-vous eu) une ou des maladies particulières ?**  oui  non

Si oui, les quelles ?

**4/ Prenez-vous des médicaments actuellement ?**  oui  non

Si oui, les quels ?

**5/ Consommez-vous du cannabis ?**  oui  non

**6/ Avez-vous déjà eu une entorse, une fracture**  oui  non

**ou une luxation ?**  oui  non

Si oui, quand et quelle en est la localisation ?

**7/ Portez-vous des lunettes ?**  oui  non

Des lentilles de contact ?  oui  non

Avez vous un problème auditif ?  oui  non

**8/ Êtes-vous à jour de vos vaccinations ?**  oui  non

(Tétanos - Polio)

**9/ Autres remarques**

Je soussigné(e)

\_\_\_\_\_ atteste sur

l'honneur que ces déclarations sont sincères et véritables.

Fait à ... .. le ... ..

Signature

# **CERTIFICAT DE NON CONTRE INDICATION**

**Médecin habilité FFP**

**Sauf tandem : tout médecin**

# INAPTITUDE

- Certificat adressé au MFN avec motif de l'inaptitude
- Ouverture de licence bloquée



# **DEROGATION**

**Lettre du candidat**

**Formulaire de demande de dérogation**

**Dossier médical**

**À adresser au médecin correspondant fédéral**



# Exemples :

**La surdité**

**Le diabète**

# **HANDICAPES**

**Médecin titulaire de la spécialité de  
rééducation fonctionnelle**

**ou**

**Médecin Handisport**

# **CAS PARTICULIERS**

**Médecin fédéral national**

**Médecins correspondants FFP**

**Tel ou Email**

# **ETRANGERS**

**Si prise de licence sur le territoire  
français**

**Visite médicale auprès d'un  
médecin FFP**

# **COMMISSION MEDICALE NATIONALE**

- **FEDERATION FRANCAISE**
  - Conseil fédéral
  - Direction technique
- **MINISTERE**
- **CNOSF**

# COMMISSION MEDICALE

## NATIONALE

- Médecin fédéral national
- Médecins correspondants FFP
- Kinésithérapeutes

# **COMMISSION MEDICALE NATIONALE**

- **Suivi des sportifs de haut niveau**
- **Compétitions nationales et internationales**
- **Stages**
  
- **Prévention et recherche**
  
- **Lutte anti dopage**

# ATHLETES de HAUT NIVEAU

- **Dossier médical**
  - Visite médicale
  - Biologie
  - Bilan cardio vasculaire
  - Bilan dentaire
  - Bilan ORL
  - Bilan OPH

Prise en charge complète FFP / MJS



# ATHLETES DE HAUT NIVEAU

- **Autorisation d'Usage Thérapeutique**
  - Formulaire
    - à remplir par l'athlète et le médecin
    - à envoyer
      - AFLD
      - Médecin fédéral national

Avant de monter dans l'avion, je vérifie...

# MA FORME



## Médicaments

Je ne suis pas sous l'effet de médicaments ou drogues susceptibles d'avoir des effets sur ma vigilance, mon efficacité, mon jugement !

## Alcool

Mon alcoolémie est bien à zéro.

## Fatigue

Je ne suis pas fatigué, je n'ai pas de dette de sommeil.

## Opérationnel

Je suis en condition optimale sur le plan physique.  
Je n'ai pas de handicap occasionnel. OK sur le plan ORL.

## Repas

Je n'ai mangé ni trop, ni trop peu (*risque d'hypoglycémie*)

## Mental

Je suis serein sur le plan psychologique, non stressé sans surcharge émotionnelle, ni tourment...

## Equilibre

Je suis calme, en pleine possession de mes moyens.

# [www.ffp.asso.fr/](http://www.ffp.asso.fr/)

**vie fédérale - commissions**

- Liste des médecins habilités
- Modalités pour avoir le n° d'habilitation
- Réglementation médicale
- Questionnaire médical
- Certificat de non contre indication
- Demande de dérogation
- Dossier médical SHN

**MERCI**