



## Adhésion USCPCArp fonctionnement 2010

Donne accès à toutes les sections sportives et culturelles de l'USCPCARP-

- je suis déjà inscrit(e) à une section pour 2010: section .....
- Je ne suis pas encore membre ; j'adhère à l'USCPCARP----- 10 €



## Adhésion USCPCArp Parachutisme 2010

- Cotisation -----30 €

Chèque à l'ordre de l' USCPCArp parachutisme

Nom : ..... Prénom : .....Né(e) le : .... / .... / .....

Adresse : ..... □

CP et ville.....

Tél. Trav. : ..... Tél. Perso : ..... Tél Portable .....

e-mail : .....

### 1- CONDITION D'ADHESION :

- A  Salarié (e) site de rattachement – N° Identifiant : ... ..
- Carrières-sous-Poissy      Vélizy  A  B       Paris XVII       Citroën Sport
- St Ouen       Asnières       Meudon
- B  Ayants droits       Conjoint (e) du salarié      Nom /prénom du salarié : ... ..
- Enfant      N° d'identifiant : ... ..
- Lieu de travail : ... ..
- C  Salarié (e) autre site : .....  Retraité (e) PSA
- D  Membre extérieur

L'adhérent à l'USCPCArp déclare avoir pris connaissance des conditions d'assurance souscrites par l'Association que vous retrouverez sur le site [www.uspcarp.fr](http://www.uspcarp.fr) en rubrique pratique.

### Certificat médical ou la copie de votre licence sportive annuelle 2010 (obligatoire)

L'adhérent à l'USCPCArp qui fournit une copie de sa licence sportive déclare que la délivrance de cette licence n'a pu être effectuée que sur attestation médicale. Dans le cas contraire, il fournit un certificat médical.

**Indépendamment du certificat médical, je déclare sur l'honneur être apte à la pratique de tous les sports que je pourrais pratiquer au sein de l'USCPCArp. En cas d'un éventuel problème de santé durant l'année, je m'engage à en avertir immédiatement la direction de l'USCPCArp**

Fait le :

Signature : \_\_\_\_\_

Conformément aux dispositions de l'article 27 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez utiliser votre droit d'accès et de rectification des informations vous concernant, en faisant la demande à l'USCPCArp

## 2- INFORMATIONS PARACHUTISTES

Nom : ..... Prénom : .....

Taille : .....m.....

Poids : .....Kg



### Certificat médical :

Rappel : le certificat médical est obligatoire pour pratiquer notre sport – Toutefois pour le cas particulier de la soufflerie, il n'est pas nécessaire d'en fournir un si vous l'avez déjà fourni lors de votre inscription à l'USCPCARP.

(médecin généraliste si tandem ou soufflerie, médecin agréé FFP dans les autres cas.)

Date certificat médical ..... (joindre une copie)

Nom et tél d'une personne à prévenir en cas d'accident :

.....

### **Pour les pratiquants :**

N° de licence FFP 2010 : ..... (joindre une copie)

Niveau : PAC  A  B  B1  B2  B3  B4  C

Monitorat / initiateur: .....

Nombre de sauts effectués : ..... dont .....sauts en 2009.

Nombre de sauts envisagés en 2010 : .....

Centre(s) de sauts fréquenté(s).....

Matériel personnel ? oui  non

### **DROIT A L'IMAGE**

« J'accepte  je n'accepte pas  que les photos et/ou vidéos de moi prises lors des activités de la section parachutisme soient diffusés pour promouvoir la section par voie d'affichage sur les sites PCA ou sur le site de l'USCPCARP.

Fait en double exemplaire le : \_\_\_\_\_ Signature :  
**(garder un des deux exemplaires)**

Conformément aux dispositions de l'article 27 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez utiliser votre droit d'accès et de rectification des informations vous concernant, en faisant la demande à l'USCPCARP

# INFORMATIONS SUR LES CONTRE-INDICATIONS AU VOL EN SOUFLERIE

**Cette attestation est à compléter si vous souhaitez participer aux activités soufflerie.**

[www.aerokart.fr](http://www.aerokart.fr)

Le simulateur de chute libre est un système de soufflerie qui reproduit les appuis d'un parachutiste en chute libre. Un vent laminaire est généré par des turbines et peut atteindre des vitesses aux environs de 200km/h. Le pratiquant est donc porté par ce vent et doit se tenir en position horizontale en légère hyper-extension de la colonne vertébrale (position cambrée), les bras écartés. Les articulations des épaules, le cou et la région lombaire représentent donc les zones sollicitées.

**Par conséquent, les contre-indications à cette pratique sont les suivantes :**

• **Maladies du coeur ou des poumons :**

- Toute maladie pour laquelle le sport est interdit

• **Maladies du squelette et des membres :**

- Luxation non opérée d'une épaule (fort risque de re-luxation)
- Hyperlaxité ligamentaire
- Spondylolisthésis instable entraînant des douleurs aiguës ou chroniques
- Hernie discale avec douleurs ou troubles de la sensibilité
- Lumbago ou sciatique récente
- Névralgie cervico-brachiale récente
- Ostéoporose importante

• **Toute entorse récente d'une articulation, surtout si elle est encore douloureuse**

• **Toute chirurgie récente de moins de trois mois**

• **Maladies Neurologiques**

- Epilepsie

• **Maladie ophtalmique**

- Décollement de rétine récent

• **Prises Médicamenteuses**

- Anticoagulants

• **Grossesse en cours**

Par ailleurs, les contraintes en extension des zones cervicales et lombaires devront être prises en compte par les personnes souffrant de maladies inflammatoires chroniques de la colonne vertébrale (ex : pondylarthrite ankylosante) sans que pour autant cette activité ne soit totalement contre-indiquée ; seul existe un risque de re-déclenchement de douleurs.

En cas de doute, il est préconisé de vous rapprocher de votre médecin traitant pour l'obtention d'un certificat médical de non contre-indication à la pratique de la chute libre. Il est précisé que ce certificat médical est **obligatoire** pour toute personne âgée de 60 ans ou plus.

> La chute libre est accessible à partir de 15 ans, avec une autorisation parentale pour les mineurs.

**Je, soussigné ....., déclare avoir pris connaissance de cet avertissement et m'engage à me conformer aux indications qu'il présente.**

**Date.....**

**Signature**