



CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION au pilotage d'ULM (CMNCI)

Je, soussigné Docteur

(tampon avec coordonnées y compris adresse mail),

Certifie que

☐ Madame ☐ Monsieur

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

☐ Ne présente pas, à ce jour, de contre-indication à la pratique du pilotage d'ULM.

☐ Ne présente pas, à ce jour, de contre-indication pour la pratique en compétition.

Observations : _____

Date et signature

Informations complètes sur ffplum.fr rubrique **Pratiquer / Médical**

Pour les cas particuliers, adressez vos demandes sous pli confidentiel à :

Commission Médicale FFPLUM
96 bis, rue Marc Sangnier
94700- Maisons-Alfort