



## CERTIFICAT MEDICAL 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](http://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