



FICHE DE RENSEIGNEMENT INDIVIDUELLE



Civilité	V. CONJUGUE	
Nom	NADIANI	
Prénoms	FLAVIO	
Date de naissance	14-10-1962	
Ville et pays de naissance	FAENZA (RA) ITALIE	
Nationalité	ITALIEN	
Adresse complète		
Code postal	48013	
Ville	VIA ORTO BADIA 7	
Pays	FAENZA - RA - ITALIE	
Téléphone	0039 3296729267	
E-mail	FLAVIO.NADIANI@HOTMAIL.IT	

**Pensez à nous prévenir en cas de changement.*

VOS MENSURATIONS						
Votre taille (cm)	162					
Votre poids (kg)	52					
Votre taille de vêtements	<input checked="" type="checkbox"/> XS	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> XL	<input type="checkbox"/> XXL

**Entourez la mention correspondant à votre taille habituelle de vêtement*



PERSONNE A CONTACTER EN CAS DE BESOIN*	
Civilité	EPOUSE
Nom	GOMINA
Prénoms	ZENABOU THE RÈSE
Adresse complète	
Code postal	48018
Ville	FAENZA (RA)
Pays	
Téléphone	0039 3476886244
E-mail	-

**Pensez à nous prévenir en cas de changement.*

DECLARATION SUR L'HONNEUR	
Je soussigné, NOM	PRENOM
<p>Déclare sur l'honneur ne souffrir d'aucuns problèmes physiques ou psychologiques pouvant rendre dangereuse, pour moi et les autres, la pratique du parachutisme.</p> <p>En cas de doute sur mes capacités, je sais qu'il est préférable de disposer d'un avis médical prodigué par un professionnel.</p> <p>Je suis également informé qu'il est de ma responsabilité de vérifier auprès de mon assurance que cette dernière couvre bien la pratique du parachutisme en cas de dommages matériels ou non que je pourrai provoquer en France comme à l'étranger.</p> <p>Que je participe à une école de sauts, à des sauts commémoratifs ou toute autre activité proposée et organisée par Airborne Center, je m'engage à respecter scrupuleusement le programme défini par le ou les instructeurs, ainsi que leurs directives et consignes de quelques natures qu'elles soient dès lors qu'elles sont liées à la pratique du parachutisme.</p> <p>En cas de pertes, vols et dégradation de mon matériel, seule ma responsabilité est engagée.</p> <p>Enfin, je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations portées sur ce document, ainsi que l'origine et l'intégrité des documents qui y sont joints.</p>	

Fait à : FAENZA Le : 12/01/2026

Signature obligatoire

(précédée de la mention « lu et approuvé »)

lu et approuvé

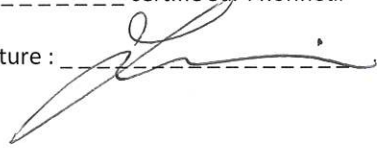
Les données à caractère personnel concernant les personnes physiques ainsi recueillies sont obligatoires et ont pour finalité principale l'organisation de sauts en parachutes. Elles sont exclusivement destinées, de même que celles qui seront recueillies ultérieurement, à l'Association A-Center, responsable du traitement. Certaines données peuvent être adressées à des tiers pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires. A-Center est tenue au secret à l'égard de ces données. Toutefois, A-Center est autorisée par les personnes physiques à communiquer les données les concernant à des entreprises, associations et institutions pour des besoins de gestion et d'organisation des différentes activités. Les personnes physiques disposent d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression pour toute donnée personnelle les concernant auprès de l'association A-Center.



QUESTIONNAIRE MEDICAL

NOM : NADIANI PRENOM : FLAVIO
NUMERO DE TELEPHONE : 0039 3296729267
ADRESSE EMAIL : FLAVIO.NADIANI@HOTMAIL.IT

1°) Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ? Si oui précisez _____	OUI NON
2°) Avez-vous déjà été victime d'un traumatisme crânien ? Si oui précisez (date et conséquences) _____	OUI NON
3°) Avez-vous fait l'objet d'un tassement vertébral ?	OUI NON
4°) Avez-vous une maladie chronique ? Si oui précisez _____	OUI NON
5°) Avez-vous déjà eu une ou des : • Fracture : quand _____ localisation _____ • Entorse : quand _____ localisation _____ • Luxation : quand _____ localisation _____	OUI NON
6°) Suivez-vous un traitement médicamenteux ponctuel, récurrent ou régulier ? Si oui précisez _____	OUI NON
7°) Dans les 12 derniers mois avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? Si oui précisez _____	OUI NON
8°) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	OUI NON
9°) Avez-vous déjà eu un épisode de respiration sifflante (type asthme)	OUI NON
10°) Avez-vous des problèmes de vue ? Si oui, portez-vous des lunettes ou des lentilles : <u>DES LUNETTES - MYOPIE</u>	OUI NON
11°) Avez-vous des problèmes d'audition ? Si oui, portez-vous une aide auditive : _____	OUI NON
12°) Avez-vous des informations utiles à communiquer : _____	OUI NON

Je soussigné(e) (nom/prénom) NADIANI FLAVIO certifie sur l'honneur
l'exactitude et la sincérité des informations portées ci-dessus.
Fait à FAENZA le 16/10/1962 signature : 



**CERTIFICAT D'APTITUDES PHYSIQUES
DES CANDIDATS RIGGER**

**CADRE RESERVE AU MEDECIN
CONSULTANT**

Je soussigné.e, Docteur en Médecine,
MORINI MARCELLO
SPEC. MEDICINA DELLO SPORT REG. 130

Certifie avoir examiné ce jour,

Nom : NADIANI
Prénom : FLAVIO

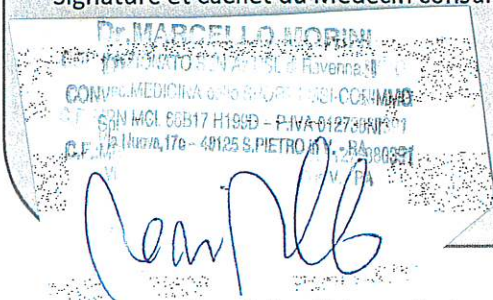
**Après examen du patient et analyse des
contre-indications décrites au verso de
ce certificat, je déclare que l'intéressé.e :**

- ☒ **satisfait**
☐ **ne satisfait pas**

**aux conditions d'aptitudes physiques et
psychiatriques requises par cette
activité.**

Fait à S. PIETRO IN VINCOLI
Le 12 / 01 / 2026

Signature et cachet du Médecin consultant :



**CADRE RESERVE AU CANDIDAT
« PLIEUR PARACHUTE »**

Je soussigné.e,
Nom : NADIANI
Prénom : FLAVIO
Né.e le : 14 / 10 / 1962
A : FAENZA
Adresse actuelle : VIA ORIO BADA
ME 7 - CAP 48018 FAENZA RA
ITALIE

☒ Déclare avoir pris connaissance des risques
liés à cette activité et des conditions d'aptitudes
physique et psychiatrique nécessaires. *

☐ Déclare n'avoir dissimulé aucune information
médicale me concernant au médecin
consultant. *

☒ M'engage à signaler toute modification de
mon état de santé qui surviendrait entre la
rédaction de ce certificat

***Les 3 ☐ doivent être cochées sous peine de nullité**

Fait à S. PIETRO IN VINCOLI
Le 12 / 01 / 2026

Signature du candidat parachutiste :



CERTIFICATO DI CAPACITÀ FISICA CANDIDATI PARACADUTISTI

Tale certificato deve essere stabilito per meno di sei mesi alla data del primo salto.
Il candidato e il medico consulente leggono le disposizioni normative sul retro.

QUADRO RISERVATO AL MEDICO

Lo sottoscritto Dottore in Medicina,

MORINI MARCELLO

SPEC. MEDICINA DELLO SPORT REG. 130

Dichiaro di aver esaminato questo giorno,

NOME: FLAVIO

COGNOME: NADIANI

Dopo aver esaminato il paziente e
analizzato le controindicazioni descritte
sul retro del presente certificato,
dichiaro che l'interessato:

☒ Soddisfatto

☐ non soddisfatto

Le condizioni attitudinali fisiche e
psichiatriche richieste per tale attività.

Fatto in S. PIETRO IN VINCOLI

il 6/12/2025

Firma e timbro del Medico:

D. MARCELLO MORINI
CONTR. MED. S. 517 H1800 - P.IVA 012730411
C.F. 01100010170 - 40125 S. PIETRO IN V. - RA 480301

Marcello Morini

TELAIO RISERVATO AI CANDIDATI PARACADUTISTI

Sottoscrivo,

Nome: FLAVIO

Cognome: NADIANI

Nato: 16/10/1962

A: FAENZA

Indirizzo corrente: VIA ORTO BADIA 7

☒ Dichiaro di essere consapevole che il
paracadutismo è un'attività rischiosa.*

☒ Dichiaro di aver preso visione dei rischi
connessi a tale attività e delle necessarie
condizioni attitudinali fisiche e psichiatriche.*

☒ Dichiaro di non aver nascosto al consulente
medico alcuna informazione medica che mi
riguarda.*

☒ Impegnarsi a segnalare ogni cambiamento del
mio stato di salute che dovesse verificarsi tra la
stesura del presente certificato e la data del
salto.*

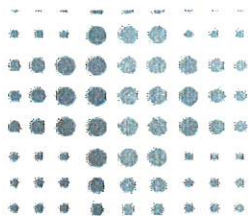
***Il quattro ☐ deve essere barrato a pena di nullità**

Fatto in FAENZA

Il 6/12/2025

Firma del candidato paracadutista:

Flavio Nadiani



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ravenna

Certificato n. 114/25/ 394

Codice identificativo regionale del medico certificatore n. 130 operante presso
☒ Ambulatorio/Centro di Medicina dello sport di _____ AUSL di

☒ Ambulatorio privato

☐ Studio professionale

CERTIFICATO DI IDONEITÀ SPORTIVA AGONISTICA

Cognome NAZZARI Nome CLAUDIO

Nat. ☒ il 14/10/62 a FABENZA prov. _____

Residenza e/o domicilio FABENZA prov. _____

Documento di identità _____ Codice Fiscale N 12760216486580

Sport per cui è stata richiesta la visita PARACADUTISMO

L'atleta, sulla base della visita medica e dei relativi accertamenti, risulta **IDONEO**

alla pratica agonistica dello sport PARACADUTISMO

L'atleta ha l'obbligo di lenti correttive SI ☒ NO ☐

Il presente certificato ha validità di mesi 12 MESI e scadrà il 5/8/26

Data 6/8/25

Medico specialista in Medicina dello sport

Dott. Morini Marcello
Spec. Medicina dello Sport N.ro Reg. 130
Cell. 349 1416352

(timbro con codice identificativo e firma)



Repubblica Italiana
Italian Republic

Certificato Medico
pertinente ad una licenza di
Paracadutismo

Medical certificate
pertaining to a parachuting licence

I Stato di rilascio
State of issue

ITALIA

II Numero di licenza di paracadutismo
Parachuting Licence number

III Cognome e Nome
Last and first name

NABIANI SCAUD

IV Data di nascita
Date of birth

16/10/62

V Nazionalità
Nationality

ITALIANA

VI Firma del richiedente/titolare
Signature of applicant/holder

[Signature]

VII Esito della valutazione aero-medica
(idoneo/non idoneo)
Aero-medical assessment result (fit/unfit)

IDONEO

IX Data di scadenza di questo certificato medico
Expiry date of this medical certificate

5/8/2026

X Data di rilascio
Date of issue

6/8/2025

XI Firma e timbro del medico esaminatore
Signature and stamp of medical examiner

[Signature]
CONVENZIONE
Spazio
C.F. MEN MCL 661
Via Nuova, 17 - 00125 Roma V. PZ

Note
Remarks

ATTESTATION D'ASSURANCE N° 2025_09_7612

Nous soussignés, SAAM -Verspieren group., certifions que

M. Nadiani Flavio

Demeurant : **Via orto Badia 7 48018 Faenza Italien**

Possède un certificat de non contre indication pour la pratique du parachutisme obtenu le : **06/08/2025**

Nom du médecin ayant délivré le certificat : **Morini Marcello**

Lieu de la visite : **S.Pietro in Vincoli**

a adhéré à la police **N°P3220697**, garantissant les conséquences pécuniaires de la Responsabilité Civile pouvant lui incomber en tant que parachutiste **SNP (Solo Non Professionnel)** pour tous dommages corporels et matériels causés aux tiers à l'occasion des sauts qu'il effectue y compris en soufflerie.

Si l'Assuré(e) a souscrit une des garanties Individuelle Accident proposées, le capital couvert est mentionné ci-dessous.

Cette police est placée auprès de

La Réunion Aérienne, Mandataire d'assurance

9 rue Rougemont

75009 PARIS

Tel +33 (0)1 71 05 46 00

L'Assuré(e) bénéficie des présentes garanties, pour une durée de 12 mois,

du 15/09/2025- 08:05:00 au 15/09/2026 - 08:05:00

Limites géographiques : Monde entier, à l'exclusion des pays suivants :

ETATS UNIS, CANADA, ALGERIE, BURUNDI, CABINDA, LIBERIA, SIERRA LEONE, EXTREME NORD DU CAMEROUN, REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE, REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO, ERYTHREE, ETHIOPIE, MALI, MAURITANIE, NIGERIA, SOMALIE, REPUBLIQUE DU SOUDAN, SUD SOUDAN, COLOMBIE, EQUATEUR, PEROU, AFGHANISTAN, JAMMU & KASHMIR, COREE DU NORD, PAKISTAN, ABKHAZIE, REGIONS UKRAINIENNES DE DONETSK & LUGANSK, OSSETIE DU SUD, NAGORNO-KARABAKH, DISTRICT FEDERAL DU CAUCASE NORD, IRAN, IRAQ, LIBAN, LIBYE, PROVINCE NORD DU SINAÏ D'EGYPTE (AÉROPORT DE TABA INCLUS), SYRIE, YEMEN. NEPAL, SRI LANKA.

Et tous les pays sanctions de l'ONU ou CEE sous réserve de la clause LSW617H.

Limite de garantie Responsabilité Civile Personne Physique :

€1.600.000 par sinistre tous dommages confondus. *L'assureur accepte de porter automatiquement ce montant à €2.500.000 si cela est exigé par la structure utilisée pour le saut.*

Capital Individuelle Accidents : **€0**

La police est en cours de validité à la date de délivrance de la présente attestation qui est établie pour servir et faire valoir ce que de droit. Cette attestation ne peut engager les assureurs au-delà des limites de garanties du contrat auquel elle se réfère ou pour des événements antérieurs à la date figurant dans le cadre ci-dessus, et tout et autant que la cotisation ait été réglée.

Fait au Havre le, 15/09/2025



Siège social :
60, rue de la Chaussée d'Antin - 75009 PARIS
tél : + 33(0)1 49 64 13 07

Bureau :
Aéroport Le Havre Octeville - Rue Louis Blériot - 76620 LE HAVRE
tél : + 33(0)2 77 38 74 23 / + 33(0)2 77 38 74 21

Service des Assurances de l'Aviation Marchande - SAAM - Société par actions simplifiée au capital de 139 261,77 euros
SIREN 572 031 870 - RCS Paris - N° ORIAS : 07 003 050 - www.orias.fr
N° de TVA intracommunautaire : FR 43572031870 - A.P.E. 6622 Z - SIRET 572 031 870 00106