



FICHE DE RENSEIGNEMENT INDIVIDUELLE



Civilité	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	48018		
Ville	VIA ORTO BADIA 7		
Pays	FAENZA - RA - ITALIE		
Téléphone	0039 329 6729267		
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	ÉPouse
Nom	GOMMINA
Prénoms	ZENABOU THÉRÈSE
Adresse complète	
Code postal	48018
Ville	FAENZA (RA)
Pays	
Téléphone	0039 347 688 6244
E-mail	-

*Pensez à nous prévenir en cas de changement.

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné, NOM

PRENOM

Déclare sur l'honneur ne souffrir d'aucuns problèmes physiques ou psychologiques pouvant rendre dangereuse, pour moi et les autres, la pratique du parachutisme.

En cas de doute sur mes capacités, je sais qu'il est préférable de disposer d'un avis médical prodigué par un professionnel.

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.

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.

En cas de pertes, vols et dégradation de mon matériel, seule ma responsabilité est engagée.

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.

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 329 672 9267

ADRESSE EMAIL : FLAVIO.NADIANI@HOTMAIL.IT

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

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,
MOKINI MARCELLO
SPEC. MEDICINA DELL'ESPRESSO REC. 130

Certifie avoir examiné ce jour,
Nom : NADJAM
Prénom : ELAÏD

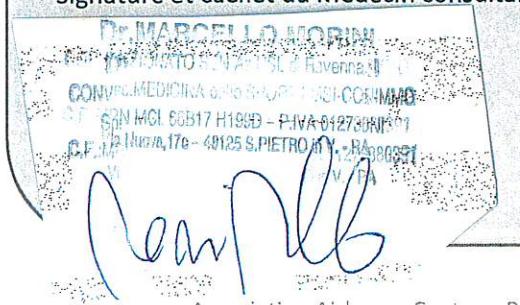
Après examen du patient et analyse des contre-indications décrites au verso de ce certificat, je déclare que l'intéressé.e :

- satisfait
 ne satisfait pas

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

Fait à S. Pietho in vincoli
Le 12/21/2026

Signature et cachet du Médecin consultant :



CADRE RESERVE AU CANDIDAT
« PLIEUR PARACHUTE »

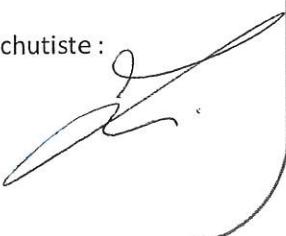
Je soussigné.e,
Nom : NADIA
Prénom : Faënio
Né.e le : 14/10/1962
A : FAENZA
Adresse actuelle : VIA ORETO BADIA
MZ 7 - CAP 18018 FAENZA RA
ITALIE

- 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 cochés sous peine de nullité

Fait à S. Pietro in Vincoli le 12/10/12026

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 SPOGLIO REG. 120

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 soddisfa

Le condizioni attitudinali fisiche e psichiatriche richieste per tale attività.

Fatto in S. PIETRO IN VINCOLI
il 6/2/2015

Firma e timbro del Medico :

DR MARCELLO MORINI
CONTRATTISTA MEDICO CONCORSUALE
SOCI MCL S.517 H1969 - P.IVA 0427300111
C.F. 11111111111 - N. 176 - 40125 S.PIETRO IN V. - PARMA

Carlo Morini

TELAIO RISERVATO AI CANDIDATI PARACADUTISTI

Sottoscrivo,

Nome: FLAVIO

Cognome: NADIANI

Nato: 16/10/1962

A: FAENZA

Indirizzo corrente: VIA ONTO BADIA 7

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

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

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

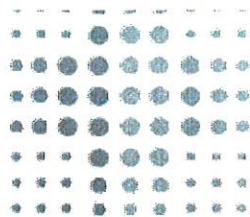
Impegnarsi a segnalare ogni cambiamento del mio stato di salute che dovesse verificarsi tra la stesura del presente certificato e la data del salto.*

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

Fatto in FAENZA

Il _____

Firma del candidato paracadutista:



**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 VADAVI Nome FCAVIO

Nat il 14/10/62 a FAENZA prov. _____

Residenza e/o domicilio FAENZA prov. _____

Documento di identità _____ Codice Fiscale UNFCV62R14G6580

Sport per cui è stata richiesta la visita PARACATI

**L'atleta, sulla base della visita medica e dei relativi accertamenti, risulta IDONEO
alla pratica agonistica dello sport PARACATI**

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

Medico specialista in Medicina dello sport

Data 6/8/25

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

(timbro con codice identificativo e firma)

Ente Nazionale per l'Aviazione Civile
Italian Civil Aviation Authority



Repubblica Italiana
Italian Republic

Certificato Medico
pertinente ad una licenza di
Paracadutismo

Medical certificate
pertaining to a parachuting licence

Mod. MED-PARA Ed. 1 Feb.2014

I	Stato di rilascio State of issue	ITALIA
II	Numero di licenza di paracadutismo Parachuting licence number	ENAC
III	Cognome e Nome Last and first name	Natalia SCAUO
IV	Data di nascita Date of birth	16/10/62
V	Nazionalità Nationality	ITALIANA
VI	Firma del richiedente/titolare Signature of applicant/holder	
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	

Note Remarks	
VII	Esito della valutazione aero-medica (idoneo/non idoneo) Aero-medical assessment result (fit/unfit)
IX	Data di scadenza di questo certificato medico Expiry date of this medical certificate
X	Data di rilascio Date of issue
XI	Firma e timbro del medico esaminatore Signature and stamp of medical examiner

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**

Posséde 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) bénéficia 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 SINAI D'EGYPTE (AEROPORT 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 confondues .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