



**CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE
DES CANDIDATS PARACHUTISTES**

Le présent certificat doit être établi depuis moins de six mois à la date du premier saut.
Le candidat et le médecin consultant prennent connaissance des dispositions réglementaires figurant aux
Pages 2 & 3.

**CADRE RESERVE AU MEDECIN
CONSULTANT**

Je soussigné.e, Docteur en Médecine,

----- **Dott. GIORGIO TAGLIAFIERRO** -----

----- Medico Chirurgo -----

----- **Specialista in Medicina dello Sport** -----

----- **Cod. Fisc.: TGL GRG 62404 G337A** -----

Certifie avoir examiné ce jour,

Nom : GUEVARA COLEMAN -----

----- Prénom : ALEX ALONSO -----

**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
requisés par cette activité.**

Fait à BRESCIA - ITALIA -----

Le 23 103 12026

Signature et cachet du Médecin consultant :

Dott. GIORGIO TAGLIAFIERRO

----- Medico Chirurgo -----

----- **Specialista in Medicina dello Sport** -----

----- **Cod. Fisc.: TGL GRG 62404 G337A** -----

**CADRE RESERVE AU CANDIDAT
PARACHUTISTE**

Je soussigné.e,

Nom : GUEVARA COLEMAN -----

----- Prénom : ALEX ALONSO -----

Né.e le : 17 104 11975 -----

A : -----

Adresse actuelle : -----

VIA DELLE BETTOLE 285 -----

BRESCIA - ITALIA -----

- Déclare avoir conscience que le parachutisme est une activité à risques. *
- 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 et la date de saut. *

*Les 4 doivent être cochées sous peine de nullité

Fait à BRESCIA, 23 MARZO 2026 -----

Le 23 103 12026

Signature du candidat parachutiste :



Regione Lombardia

CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITA' PSICOFISICA PER I TITOLARI DI LICENZE ED
ATTESTATI AERONAUTICI RILASCIATO AI SENSI DEL DECRETO LEGGE
30/07/1994 N. 475

Cognome	GUEVARA COLEMAN	Nome	ALEX ALONSO
Nato a	PERU'	Il	17/04/75
Residente a	BRESCIA	Via	DELLE BETTOLE,285
Documento di identità :	C.I: CA12725VN		

Giudizio Medico – legale: Il soggetto sulla base della visita medica da me effettuata risulta fisicamente idoneo alla pratica di paracadutismo non agonistica con idoneità per classe II e per JAR-FCL3

Il presente certificato ha validità di **12 mesi**

E scadrà il **22/03/27**

L'atleta ha l'obbligo di lenti correttive **Si ♦ No ♦**


Brescia il **23 mar 2026**

il medico

Dott. GIORGIO TAGLIAFIERRO
Medico Chirurgo
Specialista in Medicina dello Sport
Cod. Fisc. IGI GRG 62A04 G337A

KINESIS S.R.L.MEDICAL FITNESS VIA RIETI,4 25125 BRESCIA tel 030/35323337

libretto enac

<p>Ente Nazionale per l'Aviazione Civile Italian Civil Aviation Authority</p>  <p>Repubblica italiana Italian Republic</p> <p>Certificato Medico pertinente ad una licenza di Paracadutismo</p> <p>Medical certificate pertaining to a parachuting license</p> <p>Mod. MED-PARA Ed. 1 Feb 2014</p>	<p>I Stato di rilascio State of issue ITALIA – Italy</p> <p>II Numero di licenza di paracadutismo Parachuting license number</p> <p>III Cognome e Nome Last and first name GUEVARA COLEMAN ALEX ALONSO</p> <p>IV Data di nascita Date of birth 17/04/75</p> <p>V Nazionalità Nationality ITALIANA- Italian</p> <p>VI Firma del richiedente /titolare Signature of applicant/holder</p>	<p>VII Esito della valutazione aero-medica (idoneo/non idoneo) Aero-medical assessment result (fit/unfit) IDONEO</p> <p>IX Data di scadenza di questo certificato Expiry date of this medical certificate 22/03/27</p> <p>X Data di rilascio Date of issue 23 mar 2026</p> <p>XI Firma e timbro del medico esaminatore Signature and stamp of medical examiner Dott. GIORGIO TAGLIAFIERRO Medico-Chirurgo Specialista in Medicina dello Sport Cod. Fisc. TEL. 06/664016337A</p>	<p>Note Remarks</p>
--	---	---	--------------------------------

