

CONDITIONS D'APTITUDE PHYSIQUE ET PSYCHIATRIQUE POUR LES CANDIDATS PARACHUTISTES

LES CONTRE-INDICATIONS RÉSULTANTES SONT :

1*) Celles pouvant aboutir à la perte de connaissance du parachutiste en vol :

- Épilepsie non traitée ou épilepsie traitée avec une crise datant de moins de deux ans
- Diabète insulino-dépendant (c'est à dire qui utilise de l'insuline seule pour traiter son diabète)
- Coronaropathie (infarctus du myocarde, pontage, stents...)
- Troubles du rythme graves (ayant abouti à un malaise, une hospitalisation, une prise en charge aux urgences)
- Hypertension déséquilibrée, troubles du rythme : contre-indication relative (avis spécialisé demandé)
- Tout antécédent de pertes de connaissance à répétition, inexplicables

2*) Celles pouvant aboutir à une non observance des mesures à suivre :

- Patient avec diminution des capacités cognitives supérieures (débilité même légère, maladie d'Alzheimer)
- Antécédents psychiatriques avec troubles de la personnalité ou du comportement (avis spécialisé demandé)
- Antécédent de tentative de suicide, syndrome dépressif : contre-indication relative (avis spécialisé demandé)
- Consommation d'alcool excessive (bilan biologique compatible indispensable)
- Toxicomanie

3*) conditions exposant à des conséquences gravissimes si mauvaise réception :

- Obésité avec IMC supérieur à 35
- Maigreur avec IMC inférieur à 18,5
- Antécédent de fracture du rachis
- Tassement vertébral
- Ostéosynthèse du rachis
- Ostéoporose, ostéomalacie (ou fragilité osseuse anormale suite à traitements médicamenteux prolongés)
- Matériel d'ostéosynthèse au niveau d'un membre inférieur
- Scoliose grave (c'est à dire avec angle de Cobb supérieur à 15°)
- Spondylolisthésis à partir du grade 2 (plus de 25 % de glissement d'un corps vertébral sur l'autre)
- Antécédent de trauma crânien avec perte de connaissance
- Prise d'anticoagulants
- Splénomégalie

4*) autres conditions éliminatoires :

- Asthme-maladie en évolution ou déséquilibré
- pneumothorax spontané récidivant, opéré ou non
- État de grossesse : il appartient à l'intéressée de déclarer son état de grossesse dès qu'elle en a connaissance
- Acuité visuelle sans ou avec correction inférieure à 5/10 pour le meilleur des deux yeux et 3/10 pour le moins bon (si obtenu avec correction, cocher la case « port de verres correcteurs » sur le certificat)
- Antécédent de chirurgie cardiaque
- Antécédents de chirurgie de l'encéphale et de ses enveloppes

LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES PRÉCONISÉS SONT :

- Avis spécialisé cardiologique avec épreuve d'effort, datant de moins de 5 ans, pour les patients à partir de 45 ans
- Avis spécialisé psychiatrique si antécédent de syndrome dépressif, tentative de suicide, troubles de la personnalité ou du comportement
- Bilan biologique avec glycémie à jeun, HBA1C, bilan hépatique et dosage des CDT pour tout candidat
- Si scoliose ou antécédents de pathologie lombaire : radiographies du rachis dorso-lombaire avec mesure de l'angle de Cobb

Liste non exhaustive. Le médecin consultant est libre de compléter le bilan en fonction de ses données.

**CADRE RESERVE AU MEDECIN
CONSULTANT**

**Ce document m'a bien été
présenté par le patient.**

*Signature et cachet du Médecin
obligatoires*



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. VALLE MAURIZIO
Specialista Medicina dello Sport
Tel. 329 - 2189729
C. F.: VLL MRZ 55B20 E463N
Partita IVA: 03168970170

Certifie avoir examiné ce jour,

Nom : _____
Prénom : _____

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 MARSA

Le 26/03/2026

Signature et cachet du Médecin consultant :

Dott. VALLE MAURIZIO
Specialista Medicina dello Sport
Tel. 329 - 2189729
C. F.: VLL MRZ 55B20 E463N
Partita IVA: 03168970170

CADRE RESERVE AU CANDIDAT PARACHUTISTE

Je soussigné.e,

Nom : _____
Prénom : _____

Né.e le : ___ / ___ / ___

A : _____

Adresse actuelle : _____

- 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 _____

Le ___ / ___ / ___

Signature du candidat parachutiste :

Kinesis srl
MEDICAL FITNESS BRESCIA
Via Rieti 4 Brescia



Regione Lombardia
Sanità

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 **MANNA** Nome **GABRIEL**
Nato a **SAN GENNARO VESUVIANO (NA)** il **05/01/2003**
Residente a **DELLO (BS)** Via **VIA PADRE PIO, 11**
Documento di identità: **Carta d'identità: CA53713WE**

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 **25/03/2027**


L'atleta ha l'obbligo di lenti correttive: Si No

Brescia, il **26/03/2026**

Il medico
DOTT. VALLE MAURIZIO
MEDICO CHIRURGO
SPEC. MEDICINA DELLO SPORT
VLL MRZ 55B20 E463N

DOTT. VALLE MAURIZIO
Medico Chirurgo
Specialista in Medicina dello Sport
Tel. 030 558729
Cod. Fisc. VLL MRZ 55B20 E463N

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>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 MANNA GABRIEL</p> <p>IV Data di nascita Date of birth 05/01/03</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 data of this medical certificate 24/03/28</p> <p>X Data di rilascio Date of issue 26 mar 2026</p> <p>XI Firma e timbro del medico esaminatore Signature and stamp of medical examiner</p> <p>Dott. VALLE MAURIZIO Specialista Medicina dello Sport Tel. 329 - 2199729 C. F.: VLL MRZ 55B20 E463N Partita IVA 03169970170</p>	<p>Note Remarks</p>
---	--	--	--------------------------------