



**MINISTERSTWO TRANSPORTU,  
BUDOWNICTWA i GOSPODARKI MORSKIEJ**  
**Państwowa Komisja Badania Wypadków Lotniczych**

**Dot. zdarzenia nr: 512/13**

## **UCHWAŁA**

**Państwowej Komisji Badania Wypadków Lotniczych, w składzie:**

Przewodniczący posiedzenia Komisji:	mgr inż. Andrzej Pussak
Członek Komisji:	dr inż. Michał Cichoń
Członek Komisji:	dr inż. Dariusz Frątczak
Członek Komisji:	mgr Tomasz Kuchciński
Członek Komisji:	mgr inż. Piotr Lipiec
Członek Komisji:	dr inż. Stanisław Żurkowski

Po rozpatrzeniu na posiedzeniu w dniu 15 maja 2013 r., okoliczności zdarzenia lotniczego spadochronu Sensei 111, które wydarzyło się w dniu 27 kwietnia 2013 r., w miejscowości Nowy Targ – lotnisko EPNT, działając w oparciu o **art. 5 ust. 3 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 996/2010 w sprawie badania wypadków i incydentów w lotnictwie cywilnym oraz zapobiegania im oraz uchylającego dyrektywę 94/56/WE** (Dz. U. UE. L. z 2010 r., Nr 295, poz. 35), Państwowa Komisja Badania Wypadków Lotniczych uznała informacje zawarte w zgłoszeniu o zdarzeniu za wystarczające i podjęła decyzję o zakończeniu badania ustalając:

### **Przebieg i okoliczności zdarzenia:**

Skoczek wykonywał 1395 skok spadochronowy. Do momentu rozpoczęcia procesu otwierania czaszy głównej skok przebiegał prawidłowo. Po zainicjowaniu otwarcia czaszy głównej wystąpiła sytuacja awaryjna tzw. holowanie pilocika. Skoczek wykonał procedurę awaryjną, inicjując otwarcie czaszy zapasowej. W trakcie otwierania się czaszy zapasowej nastąpiło również otwarcie czaszy głównej. Czasza splątały się ze sobą, przy czym główna nappełniła się całkowicie, natomiast czasza zapasowa była nappełniona tylko częściowo i wplątana w linki oraz slajder czaszy głównej. Skoczek wylądował na lotnisku doznając lekkich obrażeń ciała.

Analiza zdarzenia wykazała, że bezpośrednią przyczyną wystąpienia sytuacji awaryjnej – tzw. holowania pilocika było nie ściągnięcie tzw. kill line podczas układania spadochronu do skoku. Powodowało to brak możliwości nappełnienia się pilocika, a co za tym idzie, niedostateczną siłę oporu, niezbędną do wyciągnięcia zawlecзки zamykającej komorę czaszy głównej. Dalsza analiza zdarzenia wykazała, że spadochron był układany przez dwie osoby. Pierwsza osoba złożyła czaszę główną, włożyła ją do osłony i zaplotła linki. Druga osoba – skoczek, który brał udział w incydencie, w pośpiechu dokończył układanie spadochronu. Żadna z osób, które układały spadochron nie wykonały ściągnięcia tzw. kill line. Nie zostało wykonane również sprawdzenie prawidłowości położenia cechy kontrolnej, która powinna być widoczna w szczelinie taśmy łączącej pilocik z czaszą główną.

**Przyczynami incydentu były:**

- 1. Błąd popełniony podczas układania spadochronu;**
- 2. Brak kontroli położenia cechy kontrolnej na lince tzw. kill line w trakcie układania spadochronu oraz przed założeniem spadochronu przez skoczka.**

**Okoliczności sprzyjające zaistnieniu zdarzenia lotniczego:**

- Wykonywanie układania spadochronu kolejno przez dwie osoby;
- Brak prawidłowej komunikacji, co do zakresu już wykonanych czynności, pomiędzy osobami układającymi spadochron;
- Pośpiech wynikający z potrzeby skoczka, zdążenia na kolejny wylot samolotu.

**Działania podjęte przez organizatora skoków:**

Przeprowadzenie odprawy, na której pouczono wszystkich obecnych skoczków i układaczy, aby zwracali szczególną uwagę na poprawne układanie spadochronów, w tym systemu otwierania.

**Komisja** nie sformułowała zaleceń dotyczących bezpieczeństwa.

**Nadzorujący badanie:**

mgr Tomasz Kuchciński *podpis na oryginale*