

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence : FRANCE	(13) N° référence:	(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input checked="" type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/>
(3) Nom : ROUGÉ	(4) Nom de naissance ROUGÉ	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input type="checkbox"/> renouvellement/prorogation
(5) Prénom(s) : Jean-Pierre	(6) Date de naissance : 16/09/1964	(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
(8) Lieu et pays de naissance : BUEIL-PALANSON (FR)	(9) Nationalité : FRANÇAISE	(14) Type de licence désirée : FCL-AH
(10) Adresse permanente : 63 8 Rue de la Liberté 33470 - GIBJAN PESTRAS	(11) Adresse postale : (si différente)	(15) Profession (principale) : PILOTE
N° de téléphone : +33631403189	Pays : Pays : N° de téléphone :	(16) Employeur : HELICONIA
(18) Licences(s) de vol possédé(s) types : FRA FCL AH	Numéro de licence : 000 299 13	Pays de délivrance : FRANCE
(17) Dernier examen médical : Date : 10/11/2022	Lieu : BORDEAUX MERIGNAC	(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :
(20) Est ce qu'une autorité aéronautique a refusé de vous délivrer un certificat médical, prononcé une décision de retrait ou de suspension de celui-ci ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Date : 06/1991	Lieu : RETZ	(21) Nombre total d'heures de vol : 9978 50
Détails : heratobornie radiative	(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 180 10	(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : AW 139
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date :	Lieu :	(25) Type de vol envisagé : Commercial
Détails :	(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input checked="" type="checkbox"/>	(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> consommation journalière : 45 litres	(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input type="checkbox"/> Non actuellement <input checked="" type="checkbox"/> Date de l'arrêt : 2012	Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi :

Antécédents généraux et médicaux : avez vous des antécédents connus d'une des maladies suivantes ?
A chaque question répondez en cochant OUI ou NON (ou selon ce qui est indiqué). Détailler dans la rubrique « (30) remarques »

	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	
(101) Maladie ou opération oculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antécédents familiaux		
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(113) Traumatismes crâniens ou commotion	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(124) Test VIH positif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(170) Affection cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(114) Maux de tête fréquents ou graves	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(125) Maladie sexuellement transmissible	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(171) Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(104) Allergie ou rhume des foins	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(115) Accès de vertige/évanouissement	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(172) Taux élevé de cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(127) Maladie musculaire ou squelettique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(173) Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(128) Toute autre maladie ou blessure	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(174) Maladie mentale/suicide	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(107) Tension artérielle élevée ou basse	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(129) Hospitalisation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(175) Diabète	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(176) Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(109) Diabète ou désordre hormonal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(120) Tentative de suicide ou automutilation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(177) Allergie/asthme/eczéma	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(121) Mal des transports nécessitant médication	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(178) Maladie héréditaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(111) Surdité ou maladie des oreilles	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(179) Glaucome	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A remplir uniquement pour les femmes											
(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation											
(151) Etes-vous enceinte ?											

(30) Remarques : (101) e/(120) - (123) Dengue 2002 - (129) Cornet (x2) - cumulaire par ch (128) Sardon Achille 2023 - (170) e/(129) - (131) e/(120) - (128) Père cancer colon Ls. Rupture - fin Aout 2023 - après 22-09-2023 (CR)

(31) Déclaration : Je soussigné(e), déclare avoir répondu de façon sincère aux questions qui m'ont été posées lors du présent examen et ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé autres que ceux que j'ai signalés. Je comprends qu'en cas de fausse déclaration ou erreur, l'autorité de licence peut me retirer tout certificat médical déjà accordé ou refuser de me fournir un nouveau certificat médical, sans préjudice de toute autre action applicable en vertu du droit national. CONSENTEMENT A LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MEDICALES : En cas de nécessité, j'autorise la transmission de ce rapport et de ses annexes, dans le respect du secret médical, au médecin évaluateur de l'autorité compétente de mon AME ainsi qu'aux professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une évaluation médico-aérienne ou dans le cadre d'un recours. En reconnaissant que ces documents ou données stockées électroniquement doivent être utilisés pour compléter une évaluation médicale et deviendront restorer la propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès conformément à la législation nationale. Le secret médical sera respecté à tout moment. NOTIFICATION DE DIVULGATION DE DONNEES PERSONNELLES: Je déclare par la présente que j'ai été informé et que je comprends que les données contenues dans mon certificat médical selon l'AR.MED.130 peuvent être stockées électroniquement et mis à la disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MED.A.035 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assessesurs médicaux des autorités compétentes des Etats membres afin de faciliter l'application de l'AR.MED.150 (c) (4).

Date : 8/11/2023

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

[Signature]

Dr Patrick CORREA
Médecin Aéronautique
SN-MED
DGAC N°3857
773

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : **ROUÉ** Prénoms : **JEAN - PIERRE** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **16/09/1964**
Lieu de naissance : **RUEIL-MALTAISON (92)**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 186 cm	(203) Poids 83 kg	(204) Yeux couleur noir	(205) Cheveux couleur noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 141 Diastolique 93	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 92 Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> irrégulier
--	-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---	--

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal	normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input checked="" type="checkbox"/>
(209) Cavité buccale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" type="checkbox"/>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
**Prélat. Aedocaptane (1984) Drogat = Kévalo (1991) 2011 (Hélio Union) Anis 2023 Hélio
 Anis 0 enfant - Tabac = 0 Alc = cecel. Spaut = OK III = 0 - 59 ans. msa Seryel
 Moten - synd BB - autensure TA = RAS. (202) Legu transfusion chaudière, mobilité - RAS**

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)
 (229) (de loin à 5m/6m en dixième) Lunettes/Contact

Œil droit sans correction	Corrigée à	10
Œil gauche sans correction	Corrigée à	10
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	10

(230) **Vision Intermédiaire** N14 lu à 100cm

	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(231) **de près** N5 lu à 30 - 50cm

	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(232) **Lunettes** Oui Non
 Type : Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter
 Œil droit
 Œil gauche

(233) **Lentilles de contact** Oui Non
 Type : Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter
 Œil droit
 Œil gauche

(313) **Perception des couleurs** Normale Anormale
 Tables pseudo-isochromatiques Type I S H I H A R A
 Nombre de tables présentées **20** Nombre d'erreurs **0**

(234) **Audition** (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)
 (si 239/241 non réalisés) Oreille droite Oreille gauche
 Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur
 Oui Non Oui Non

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) **Fonction respiratoire** VEMS/CV % Peak Flow (l/min)
 Normal Anormal Normal Anormal
 (237) **Hémoglobine** **14,6** (g/dl)
 Normal Anormal

(235) **Analyse d'urine** Normale Anormale
 Glucose Protéines Sang Autres

Rapports annexés

	Non réalisée	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	08-12-2023	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>	08-12-2023	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique	<input type="checkbox"/>	08-12-2023	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL	<input type="checkbox"/>	08-12-2023	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins	<input type="checkbox"/>	08-12-2023	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Fonction respiratoire	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(320) Tonométrie G : D : mmHg	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(244) Divers(Sujet?)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(247 bis) **Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude**

Avis : **Apte**

Nom : **Dr Patrick CORREA**
 Signature
 Médecine Aéronautique
 SN-MED-004
 DGAC N°3857 - FAA-00773

(247) **Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé**

APTE pour la classe :
 certificat médical délivré par le soussigné (copie jointe) pour la classe :
 INAPTE pour la classe :
 Remis pour une évaluation complémentaire, dans l'affirmative, indiquer :
 le destinataire :
 le motif :

► Renvoi/concertation
 Si une décision a été prise antérieurement par l'autorité en inscrire ici les références et le libellé complet et les reporter sur le certificat d'aptitude remis au candidat.
 Décision N° du
 Libellé :

Champ d'application du certificat

CLASSE 1	CLASSE 2	LAPL	PNC/CCA
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(248) **Commentaires, limitations :**
**VNL. CR operateur Rupture tendon d'Achille - RAS suite simple à 113.
 Apte. Classe 1 → 16-12-2024**

(249) **Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé**
 Je soussigné certifie que j'ai personnellement examiné (ou que mon groupe de médecins-conseils agréés a examiné) le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent nos constatations d'une manière complète.

(250) date : et lieu : 08-12-2023	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : Dr Patrick CORREA Médecine Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773
--	--	---

Numéro d'AME :
 Réf Rapport examen médical 03.09.2019

European Union
medical certificate
Issued in accordance with Part-MED
Complies with ICAO standards
Except for the LAPL medical certificate

CLASSE 1 / 2 / LAPL
CLASS 1 / 2 / LAPL

CERTIFICAT MÉDICAL
Medical certificate



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
DIRECTION GÉNÉRALE
DE L'AVIATION CIVILE
CIVIL AVIATION ADMINISTRATION - FRANCE

I	Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence FRANCE
III	Numéro de certificat / Certificate number FRA-FCL-A1-80029913
IV	Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder ROUËE. Jean Pierre
XIV	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY) 16/09/1962
VI	Nationalité / Nationality FRANÇAISE
VII	Signature du titulaire / Signature of holder

MED-V.020 Diminution de l'aptitude médicale

a) Les certificats de licence n'exercent à aucun moment les privilèges de licence et de l'aptitude médicale si :

- 1) l'exercice de la licence est suspendu ;
- 2) l'exercice de la licence est suspendu en raison de l'absence de renouvellement de la licence ;
- 3) l'exercice de la licence est suspendu en raison de l'absence de renouvellement de la licence ;
- 4) l'exercice de la licence est suspendu en raison de l'absence de renouvellement de la licence ;
- 5) l'exercice de la licence est suspendu en raison de l'absence de renouvellement de la licence ;
- 6) l'exercice de la licence est suspendu en raison de l'absence de renouvellement de la licence ;
- 7) l'exercice de la licence est suspendu en raison de l'absence de renouvellement de la licence ;

II Certificat médical de Classe 1
Class 1 medical certificate

IX Date d'expiration du certificat médical pour la classe 1 (JJ/MM/AAAA) / Expiry date of this certificate for (DD/MM/YYYY)
08 JUN 2024

Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers
08 JUN 2024

Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations
14 DEC. 2024

Classe 2 / Class 2
14 DEC. 2024

LAPL / LAPL
14 DEC. 2024

MED-V.020 Decrease in medical fitness

a) Licence holders shall exercise the privileges of their licence and of the certificate of medical fitness when :

- 1) they are aware of any of the following conditions which may affect their safety ;
- 2) they take any of the prescribed medical tests ;
- 3) they receive medical advice or other treatment that is likely to interfere with flight safety ;
- 4) they seek medical advice or other treatment when they are likely to interfere with flight safety ;
- 5) they have undergone or intend to undergo any of the following procedures ;
- 6) they have commenced or intend to commence any of the following procedures ;
- 7) they have suffered or intend to suffer from any of the following conditions ;
- 8) they have been suffering from any of the following conditions ;
- 9) they are pregnant ;
- 10) they have been admitted to hospital or medical clinic ;
- 11) they first require correcting lenses.

XIII Limitations / Limitations
Code - Description / Code - Description
VM

X Date de délivrance / Date of issue
08 DEC. 2023

Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of Issuing AME or medical assessor

XI Cachet / Stamp

Date de l'examen médical / Date of medical examination
08 DEC. 2023

Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram
08 DEC. 2023

Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram
08 DEC. 2023

I Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence
France

III Numéro de certificat / Certificate number
ATPL(H) 000 29913

IV Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder
ROUË Évan - Pierre

XIV Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)
16/09/1964

VI Nationalité / Nationality
FRANÇAISE

VII Signature du titulaire / Signature of holder


II **Certificat médical de Classe 1**
Class 1 medical certificate

IX Date d'expiration du certificat médical pour (JJ/MM/AAAA) / Expiry date of this certificate for (DD/MM/YYYY)

Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers /
Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers

10 MAI 2023

Classe 1, autres exploitations commerciales /
Class 1 other commercial operations

14 DEC. 2023

Classe 2 / Class 2
14 DEC. 2023
LAPL / LAPL
14 DEC. 2023

XIII Limitations / Limitations
Code - Description / Code - Description

VML

X Date de délivrance / Date of issue
10 NOV. 2022

Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical /
Signature of issuing AME or medical assessor
Docteur Pierre-Etienne BERTHIAUX, PNEC, N°02799

Dr SYLVAIN NGUYEN HUYNH
Praticien confirmé en médecine aéronautique
N° RPPS : 10005195408
Aéroport de BORDEAUX-MERIGNAC

Date de l'examen médical /
Date of medical examination

10 NOV. 2022

Date du dernier électrocardiogramme /
Date of last electrocardiogram

10 NOV. 2022

Date du dernier audiogramme /
Date of last audiogram

8/11/2021