

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:	
(3) Nom : VUILLERMOZ		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input checked="" type="checkbox"/> Classe 2 <input checked="" type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/>	
(5) Prénom(s) : LUDOVIC		(4) Nom de naissance VUILLERMOZ	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation
(6) Date de naissance 05/05/1983		(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	(14) Type de licence désirée : ATPL
(8) Lieu et pays de naissance : CONAKRY - GUINEE		(9) Nationalité : FRANCAISE	(15) Profession (principale) : INSTRUMENTEUR
(10) Adresse permanente : 28 AVE DE NOINTEL 60310 CATENOY		(11) Adresse postale : (si différente)	(16) Employeur : AIA SENEGAL
Pays : FRANCE		(17) Dernier examen médical : Date : 01/03/2023 Lieu : RECY - FRANCE	(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> détails : VML
N° de téléphone : 33367578851		(21) Nombre total d'heures de vol : 14800	
(18) Licence(s) de vol possédée(s)		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 250	
types : ATPL(A)		Numéro de licence : 27950	
Pays de délivrance : FRANCE		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : A330	
(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 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 type="checkbox"/>	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : _____ Lieu : _____		(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi : NERIVOLOL	
Détails :		(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt : _____		(29) Consommez vous du tabac ? Oui <input type="checkbox"/> type et quantité :	

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). Détaillez dans la rubrique « (30) remarques »

	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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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
(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 foies	<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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(178) Maladie héréditaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									(151) Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(30) Remarques :

HERNIE INGUINALE (2015) => PAS.

(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-aéro 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 et resteront 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'ARA.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 assesseurs médicaux des autorités compétentes des États membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date : **26/03/2024**

Signature du demandeur :



Signature du médecin examinateur :

DR PATRICK CORREA
Médecin Aeronautique
N°MED.004
DGAC N°3857 - FAA-00773

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : **VAILLERMOZ** Prénoms : **LUDOVIC** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **08/07/1963**
Lieu de naissance : **CONAKRY - GUINÉE**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 183 cm	(203) Poids 100 kg +L	(204) Yeux couleur MARRON	(205) Cheveux couleur BRUN	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique 133	Diastolique 84	Pulsations (bpm) 60	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 bucale, 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 type="checkbox"/>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input checked="" 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.
**CDR A730. An Snygal (Aout 2023) et mod. cat 2023. Carrière professionnelle RAS
60ans. sans l'apt.**
Tabac =
Alc = 0
III = Nebivolol
2023.

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 : _____

(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 réalisé)

Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	Oreille droite	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>
	Oreille gauche	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) **Fonction respiratoire** (237) **Hémoglobine**

VEMS/CV	%	Peak Flow	(l/min)	(g/dl)
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>

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

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	26-03-2024	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>	26-03-2024	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins	<input type="checkbox"/>	21-03-2024	<input checked="" 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 : **Apté**

Signature : 

Dr. Patrick CARRIA
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 <input checked="" type="checkbox"/>	CLASSE 2 <input checked="" type="checkbox"/>	LAPL <input checked="" type="checkbox"/>	PNC/CCA <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--	--	--	----------------------------------

(248) **Commentaires, limitations :**
UNL.
Apté classe 1 → 30-09-2024

(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 : 06-07-2024	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : Patrick CARRIA, 3, Av. des Ambassadeurs, DAKAR, SENEGAL	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : 
et lieu : 06-07-2024	Fax : _____ Telephone : _____ E-mail : _____	Numéro d'AME : _____



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
DIRECTION GÉNÉRALE
DE L'AVIATION CIVILE
Civil Aviation Administration - France

CERTIFICAT MÉDICAL Medical certificate

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

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

A joindre à la licence
Pertaining to a Part-FCL licence

I	Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence EMIL: NL-33213 FRANCE
III	Numéro de certificat / Certificate number FRA FCL AA 0027950
IV	Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder VUILERMOZ LUDOVIC
XIV	Date de naissance (JJMM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YY) 08/05/1963
VI	Nationalité / Nationality FRANCAISE
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 (JJMM/AAAA) / Expiry date of this certificate for (DD/MM/YYYY) 30/03/2024
	Classe 1, exploitation commerciale monopoliste avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers 12/09/2024
	Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations 01/03/2025

XIII	Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description VML
X	Date de délivrance / Date of issue 01/09/2023
	Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor Professeur Olivier MANDEN Agrément C1, C1-2, LAPL PNC-03924 XI Cachet / Stamp

	Date de l'examen médical / Date of medical examination 01/09/2023
	Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram 01/09/2023
	Date du dernier audiodiagramme / Date of last audiodiagramm 01/09/2023

MED-A.020 Decrease in medical fitness
a) Licence holders shall not exercise the privileges of their licence and related ratings or certificates at any time when they:
1) are aware of any decrease in their medical fitness which might render them unable to safely exercise those privileges;
2) take or use any prescribed or non-prescribed medication which is likely to interfere with the safe exercise of the privileges of the applicable licence;
3) receive any medical, surgical or other treatment that is likely to interfere with flight safety;
b) In addition, licence holders shall, without undue delay seek aero-medical advice when they:
1) have undergone a surgical operation or invasive procedure;
2) have commenced the regular use of any medication;
3) have suffered any significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew;
4) have been suffering from any significant illness involving incapacity to function as a member of the flight crew;
5) are pregnant;
6) have been admitted to hospital or medical clinic;
7) first require correcting lenses.

MED-A.020 Diminution de l'aptitude médicale
a) Les titulaires de licence n'exercent à aucun moment les privilèges de leur licence et des qualifications ou certificats qu'y sont liés s'ils:
1) ont connaissance d'une quelconque diminution de leur aptitude médicale susceptible de les rendre incapables d'exercer ces privilèges en toute sécurité;
2) prennent ou utilisent des médicaments, prescrits ou non prescrits qui sont susceptibles d'interférer sur l'exercice en toute sécurité des privilèges de la licence en question;
3) reçoivent tout traitement médical, chirurgical ou autre susceptible d'interférer sur la sécurité des vols;
b) En outre, les titulaires de licence doivent, sans retard indu, un avis aéromédical:
1) s'ils ont subi une opération chirurgicale ou une procédure invasive;
2) s'ils ont entamé la prise régulière d'un médicament;
3) s'ils souffrent de toute blessure importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage;
4) s'ils souffrent d'une maladie importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage;
5) en cas de grossesse;
6) s'ils ont été admis dans un hôpital ou une clinique médicale;
7) s'ils ont besoin de verres correcteurs pour la première fois.

A joindre à la licence
Pertaining to a Part-FCL licence

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

FRAUCE

III Numéro de certificat / Certificate number
FRA-FCL ARO027950

IV Nom et prénom du titulaire / Last and first
name of holder

WILLERHOZ Ludovic

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

08/05/1963

VI Nationalité / Nationality

FRAUCISE

VII Signature du titulaire / Signature of holder

MED-A.020 Diminution médicale
(a) Les privilèges de licence ne sont exercés qu'à partir du moment où les privilèges de licence et des certificats sont liés s'ils :
(1) ont connaissance de quelque chose qui affecte leur capacité d'exercer ces privilèges en toute sécurité ;
(2) prennent un médicament prescrit par un médecin ou un autre professionnel de santé sans l'avis de leur médecin traitant ;
(3) reçoivent tout traitement médical, chirurgical ou autre susceptible d'influer sur la sécurité des vols.
(b) En outre, les titulaires de licence doivent obtenir, sans retard, un avis aéromédical :
(1) s'ils ont subi une opération chirurgicale ;
(2) s'ils ont subi une procédure invasive ;
(3) s'ils souffrent de toute blessure importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
(4) s'ils souffrent d'une maladie importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
(5) en cas de grossesse ;
(6) s'ils ont été admis dans un hôpital ou une clinique médicale ;
(7) s'ils ont besoin de verres correcteurs pour la première fois.

MED-A.020 Decrease in medical fitness
(a) Licence and related ratings or certificates are only exercised when they :
(1) are aware of any condition which may affect their ability to exercise those privileges ;
(2) take or use any medication prescribed by a medical professional without the approval of their treating physician ;
(3) receive any medical, surgical or other treatment that is likely to interfere with flight safety.
(b) In addition, licence holders shall, without undue delay, seek aero-medical advice when they :
(1) have undergone surgical operation or invasive procedure ;
(2) have commenced any personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew ;
(3) have suffered any significant illness involving incapacity to function as a member of the flight crew ;
(4) are pregnant ;
(5) have been admitted to hospital or medical clinic ;
(6) first require correcting lenses.

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

30 SEP. 2024

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

30 SEP. 2024

Classe 2 / Class 2

26 MARS 2025

LAPL / LAPL

26 MARS 2026

XIII Limitations / Limitations

Code - Description / Code - Description

VPL

X Date de délivrance / Date of issue

26 MARS 2024

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

26 MARS 2024

Date du dernier électrocardiogramme /
Date of last electrocardiogram

26 MARS 2024

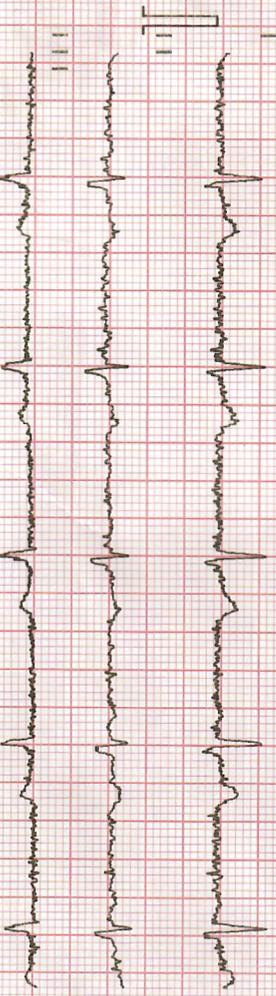
Date du dernier audiogramme /
Date of last audiogram

26 MARS 2024

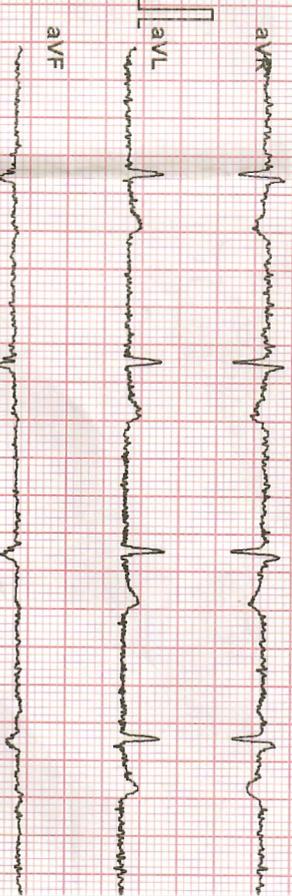
BT-08 SD3 DIAG 30.32 FW-4.75.0000
Aut

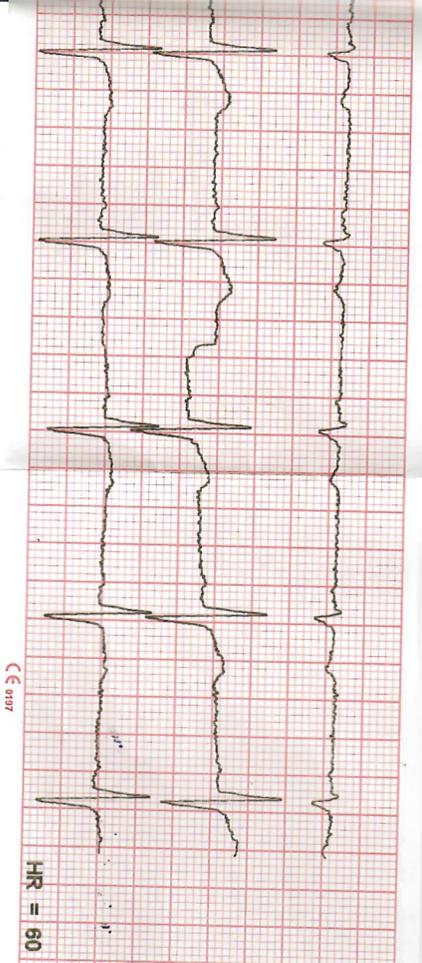
29/03/2024 08:35:37

25mm/s
10mm/mV
50Hz ADS 1.5s



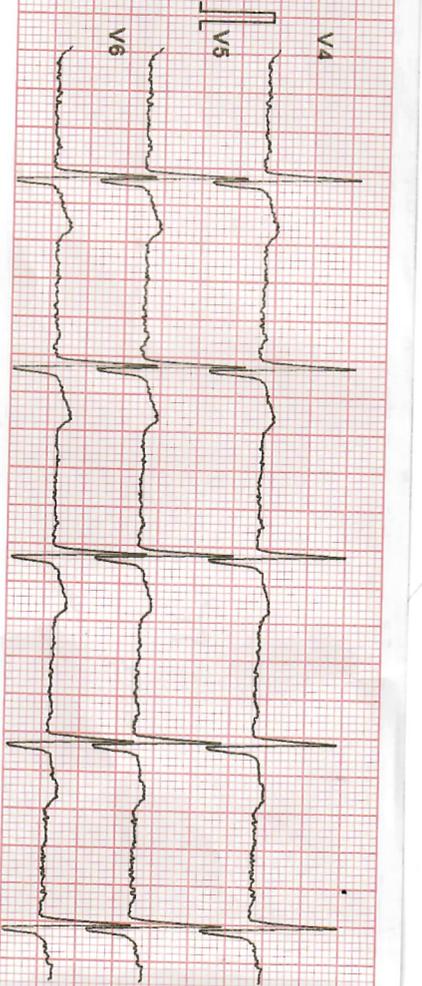
HR = 80





CE 0187

HR = 60



CE 0187

Lead	P+	P-	Q
I	57	-	-
II	75	-	-
III	-	-	-
aVR	-	-67	-451
aVL	-	-	-
aVF	46	-	-63
V1	-	-	-
V2	51	-	-
V3	56	-	-
V4	57	-	-
V5	57	-	-
V6	53	-	-

Lead	P+	P-	Q	R	S	R	S	T+	T-	ST	STs [uV/s]
I	57	-	-	628	-119	-	-	247	-	37	434
II	75	-	-	294	-223	-	-	141	-	32	48
III	-	-	-	35	-394	-	-	-	-	-2	-367
aVR	-	-67	-451	200	-	-	-	-	-118	-33	-253
aVL	-	-	-	-	-	-	-	-	-190	17	400
aVF	46	-	-63	-	-	-	-	183	-	14	-144
V1	-	-	-	33	-170	-	-	52	-	14	-144
V2	51	-	-	873	-258	-	-	95	-	6	-118
V3	56	-	-	873	-772	-	-	234	-	47	367
V4	57	-	-	1224	-660	-	-	120	-	47	367
V5	57	-	-	1292	-584	-	-	174	-	48	526
V6	53	-	-	1273	-563	-	-	193	-	49	637
								194		48	611

PR
 61/min
 990 ms
 82 ms
 146 ms
 158 ms
 404 ms
 48°
 30°
 7°
 DEVIATION AXE GAUCHE
 BLOC INTRAVENTRICULAIRE IMPRECIS
 ECG ANORMAL
 RYTHME SINUSAL



26-8-3-52
 Ludovic Vourmeat