Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

dgac
DSAC

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - **SECRET MEDICAL**

(1) Pays de délivrance de licence :	(13) N° référence: (2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☐ Classe 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA ☒	
(3) Nom : CUZIAT	(4) Nom de naissance CUZIAT	(12) Genre sollicité ☐ initial ☒ renouvellement/prorogation
(5) Prénom(s) : MARGAUX MARIE ANNE JACQUELINE	(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 08/08/1997	(7) Sexe : Masculin ☐ Féminin ☒
(8) Lieu et pays de naissance : ST MARTIN D'HÈRES FRANCE	(9) Nationalité : FRANCE	(14) Type de licence désirée : (15) Profession (principale) : PNC (16) Employeur : SAM AIRWAYS
(10) Adresse permanente : VIRAGE DAKAR Pays : SENEGAL N° de téléphone : 788935029 Courriel :	(11) Adresse postale : (si différente) 138 ROUTE DU PAPET 38530 PONTCHARRA Pays : FRANCE N° de téléphone : +33 750901823	(17) Dernier examen médical : Date : 23/05/2022 Lieu : PARAY-VIEILLE-POSTE (19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ☒ Oui ☐ détails :

(18) Licence(s) de vol possédée(s)

types	Numéro de licence	Pays de délivrance

(21) Nombre total d'heures de vol :	(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :

(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 ☒ Oui ☐ Date : Lieu:
Détails :

(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : FALCON 7X / FALCON 8X

(25) Type de vol envisagé :

(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ?
Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu:
Détails :

(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☐ Multipilote ☒

(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non ☐ Oui ☐
Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi:

(27) Consommez vous de l'alcool ? Non ☐ Oui ☐ consommation journalière unités

(29) Consommez vous du tabac ?
Non jamais ☐ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt :
Oui ☒ type et quantité : 10 / JOURS

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	☐	☒	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	☐	☒	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	☐	☒	**Antécédents familiaux**		
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	☐	☒	(113) Traumatismes crânien ou commotion	☐	☒	(124) Test VIH positif	☐	☒	(170) Affection cardiaque	☐	☒
			(114) Maux de tête fréquents ou graves	☒	☐	(125) Maladie sexuellement transmissible	☐	☒	(171) Hypertension artérielle	☒	☐
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	☐	☒	(115) Accès de vertige/évanouissement	☐	☒	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	☐	☒	(172) Taux élevé de cholestérol	☐	☒
(104) Allergie ou rhume des foins	☐	☒	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	☐	☒	(127) Maladie musculaire ou squelettique	☐	☒	(173) Epilepsie	☐	☒
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	☐	☒	(117) Affection neurologique : AVC, epilepsie, convulsions, paralysie, etc...	☐	☒	(128) Toute autre maladie ou blessure	☐	☒	(174) Maladie mentale/suicide	☐	☒
									(175) Diabète	☐	☒
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	☐	☒	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	☐	☒	(129) Hospitalisation	☐	☒	(176) Tuberculose	☐	☒
						(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	☐	☒	(177) Allergie/asthme/eczéma	☐	☒
(107) Tension artérielle élevée ou basse	☐	☒	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	☐	☒	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	☐	☒	(178) Maladie héréditaire	☐	☒
									(179) Glaucome	☐	☒
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	☐	☒	(120) Tentative de suicide ou automutilation	☐	☒	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	☐	☒	**A remplir uniquement pour les femmes**		
(109) Diabète ou désordre hormonal	☐	☒							(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	☒	☐
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	☐	☒	(121) Mal des transports nécessitant médication	☐	☒	(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	☐	☒			
(111) Surdité ou maladie des oreilles	☐	☒	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	☐	☒	(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	☐	☒	(151) Etes-vous enceinte ?	☐	☒

(30) **Remarques :**
. HTA Paternel - Malaise de trouble du rythme cardiaque il y a 1 an TTT = Bloquant intermoyen
. Endometriose Traité (dernier exam = Fev. 2024).

(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 À LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MÉDICALES : 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 aéro médicale 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 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 DONNÉES 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 : 28/05/24

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
SAN-MED-004
DGAC N° 3857 - FAA-0077

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

dgac DSAC

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - **SECRET MEDICAL**

NOM : CUZIAT	Prénoms : MARCAUX MARIE ANNE JACQUELINE
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 08/08/1997	Lieu de naissance : ST MARTIN D'HERES

(201) Catégorie d'examen	(202) Taille	(203) Poids	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
☐ Initial ☐ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	162 cm	50 kg	Brun.	Blond.	Systolique 109	Diastolique 73	Pulsations (bpm) 56.	Rythme ☐ régulier ☐ irrégulier

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

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire

PNC. Sans Actifs. 2018. Campagne Cannabis (La Campagnie) 2023 (Free Lance). Jan 2024 (Sans actifs). 26 ans. Cyclo. occas. Voy = RAS Tabac = 10/j. Mdt: Diagnostic [illegible] Alc = occ. Sport = 0.

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(229) (de loin à (5m/6m en **dixième**)			Lunettes/Contact	
Œil droit sans correction	10	Corrigée à		
Œil gauche sans correction	10	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à		

(230) **Vision Intermédiaire** N14 lu à 100cm	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	☒	☐	☐	☐
Œil gauche	☒	☐	☐	☐
Vision binoculaire	☒	☐	☐	☐

(231) **de près** N5 lu à 30 - 50cm	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	☒	☐	☐	☐
Œil gauche	☒	☐	☐	☐
Vision binoculaire	☒	☐	☐	☐

(232) **Lunettes**				(233) **Lentilles de contact**			
Oui ☐ Non ☒				Oui ☐ Non ☐			
Type :				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)	Oreille droite	Oreille gauche
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur	Oui ☒ Non ☐	Oui ☒ Non ☐

Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) **Fonction respiratoire**			(237) **Hémoglobine**
VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)		13,7 (g/dl)
Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐		Normal ☒ Anormal ☐

(235) **Analyse d'urine** Normale ☒ Anormale ☐

Glucose 0	Protéines 0.	Sang	Autres

Rapports annexés	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	☐	28-05-2024	☐	☒
(239) Audiogramme	☐	28-05-24	☒	☐
(240) Examen Ophtalmologique	☐		☐	☐
(241) Examen ORL	☐		☐	☐
(242) Lipides sanguins	☐		☐	☐
(243) Fonction respiratoire	☐		☐	☐
(320) Tonométrie G : D : mmHg	☐		☐	☐
(244) Divers(Sujet?):	☐		☐	☐

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

Avis : Visite interrompue

Nom :

Signature :

Dr Patrick CORREA
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
	☐	☐	☐	☒

(248) **Commentaires, limitations :**

(238) ECG : bradycardie + arythmie sinusale.

Visite interrompue à la demande de la candidate pour poursuivre l'interrogatoire plus approfondi sur les antécédents d'endométriose et d'arythmie cardiaque, la candidate ne disposant pas d'examens complémentaires et soutenant qu'on ne lui a jamais demandé à ses visites précédentes et que le ECG lui était inutile autant d'informations.

Glyc = 0,88 g/l

(249) **Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé**

Je soussigne 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: 28-05-2024	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé: Fax: Telephone: E-mail: Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature: Numéro d'AME: Dr Patrick CORREA Médecine Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773

PAYS DE DELIVRANCE/STATE OF ISSUE : France
Direction Générale de l'Aviation Civile – French CAA

RAPPORT MEDICAL DE MEMBRE D'EQUIPAGE DE CABINE pour le Candidat / titulaire d'une ATTESTATION de MEMBRE d'EQUIPAGE de CABINE (CCA)
CABIN CREW MEDICAL REPORT for Applicant / holder of a CABIN CREW ATTESTATION (CCA)

Etat dans lequel l'examen médical du candidat/titulaire du CCA a été réalisé (The state where the aero-medical assessment of the CCA applicant /holder was conducted): FRANCE

II) Numéro de référence de l'attestation de MEMBRE d'EQUIPAGE de CABINE (Cabin crew attestation reference number (CCA)): FRA 2018 222 334

IV) Nom et prénom du candidat/titulaire du CCA (Last and first name of the CCA applicant /holder): CUZIAT Margaux

(XIV) Date de naissance du candidat/titulaire du CCA (jj/mm/aaaa : (Date of birth of the CCA applicant/holder (dd/mm/yyyy)): 08/08/1997

(VI) : Nationalité du candidat/titulaire du CCA: (Nationality of the CCA applicant /holder): française

(VII) : Signature du candidat/titulaire du CCA: (Signature of the CCA applicant/holder):

(II) Résultat de l'évaluation aéro-médicale:
(Aero-medical assessment result): APTE / FIT ☒ INAPTE / UNFIT ☐

(XII) Restriction(s) si applicable (Limitation(s) if applicable):

Code(s)/Code(s):	Description(s)/Description(s):
-	-
-	-
-	-

/ / /

Date de fin de validité du précédent rapport médical (CCA) (jj/mm/aaaa): (Expiry date of the previous cabin crew medical report (dd/mm/yyyy)): 09/06/2022

Date de l'examen aéro-médical (jj/mm/aaaa): (Date of aero-medical assessment (dd/mm/yyyy)): 23/05/2022

Et nom du médecin (AeMC ou AME): (And name of the medical officer (AeMC or AME)): Docteur Michel CLEREL N° agrément DGAC : 1932 Tél : 06 14 66 51 31

(IX) Date de fin de validité de ce rapport médical (jj/mm/aaaa): (Expiry date of this medical report (dd /mm/yyyy)): 09/06/2024

(X) Date de délivrance (jj/mm/aaaa) nom et signature de l'AeMC ou AME ou de l'autorité: (Date of issue (dd /mm/yyyy) name and signature of the AeMC or AME or authority): 23/05/2022

(XI) Sceau ou cachet de l'AeMC ou de l'AME ou de l'autorité: (Seal or stamp of the AeMC or AME or authority):

DEPARTEMENT EXPERTISE MEDICALE
d'Aptitude au Vol Personnel Navigant
5, Allée du Commandant Mouchotte
ORLYTECH - Paray-Vieille-Poste
91782 WISSOUS Cedex
Tél : 06 14 66 51 31

Docteur Michel CLEREL
N° agrément DGAC : 1932
Tél : 06 14 66 51 31

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

CARTE NATIONALE D'IDENTITÉ N° : 190391255461 Nationalité Française

CM Nom : CUZIAT

Prénom(s) : MARGAUX, MARIE, ANNE, JACQUELINE

Sexe : F Né(e) le : 06.08.1997

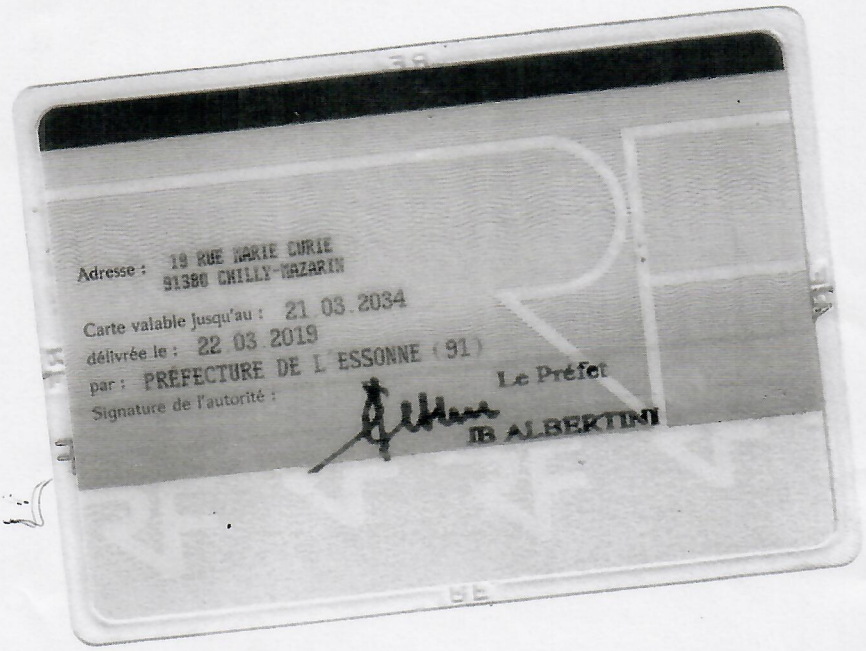
à : SAINT-MARTIN-D'HÈRES

Taille : 1.62m

Signature du titulaire :

IDFRACUZIAT<<<<<<<<<<<<<<<<<<<091054

1903912554614MARGAUX<<MARIE9708088F4



Adresse : 19 RUE MARIE CURIE
91380 CHILLY-MAZARIN

Carte valable jusqu'au : 21.03.2034

délivrée le : 22.03.2019

par : PREFECTURE DE L'ESSONNE (91)

Signature de l'autorité :

Le Préfet

JB ALBERTINI