

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 : NARDY		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input checked="" type="checkbox"/> Classe 2 <input checked="" type="checkbox"/> LAPL <input checked="" type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/>	
(5) Prénom(s): FRANCIS ANTOINE		(4) Nom de naissance: NARDY	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation
(6) Date de naissance: 19.06.1969		(7) Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	(14) Type de licence désirée : 1
(8) Lieu et pays de naissance :		(9) Nationalité :	(15) Profession (principale): PILOTE DE LIGNE
(10) Adresse permanente : SARENS 32 800 EAUZE Pays : FRANCE N° de téléphone : +33646287854 Courriel : Francisnardy@gmail.com		(11) Adresse postale : (si différente)	(16) Employeur : XXXXXX
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numérol de licence Pays de délivrance ATPL FRA FCL A00015522L FRANCE		(17) Dernier examen médical : Date : 18.10.23 TOULOUSE Lieu :	
(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 :		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :		(21) Nombre total d'heures de vol : 13 000	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 500	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt : Oui <input type="checkbox"/> type et quantité :		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : A 330	
		(25) Type de vol envisagé : LONG COURRIER	
		(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"/> Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi :	

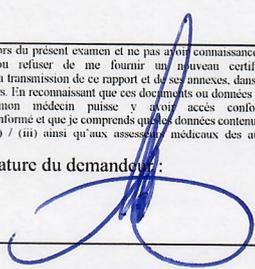
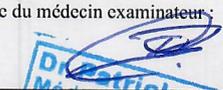
Antécédents généraux et médicaux : avez vous des antécédents connus d'une des maladies suivantes ?

A chaque question répondez en cochant OUI ou NON (ou selon ce qui est indiqué). Détaillez dans la rubrique « (30) remarques »

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
(101) Maladie ou opération oculaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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 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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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 dr�panocytair�/autres maladies sanguines	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(133) Exempt� 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 :

(31) Declaration : 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 d j accordé ou refuser de me fournir un nouveau certificat médical, sans préjudice de toute autre action applicable en vertu du droit national. CONSENTEMENT   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 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.055 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assesses médicaux des autorités compétentes des  tats membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date : **13.09.2024** Signature du demandeur :  Signature du médecin examinateur : 



RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : **NARDY** Prénoms : **FRANCOIS ANTOINE** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **19.06.1969**
Lieu de naissance : **VERVAINES FRANCE**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 175 cm	(203) Poids 82 kg	(204) Yeux couleur B.	(205) Cheveux couleur B.	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 121 Diastolique 91	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 64 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"/>	<input type="checkbox"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compli. tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
CDS. Air Senegal. SA. ASSO (Gomari) Noué. 3 seats.

Tabac = 0
Alc = occ.
Sports = OK Golf.
TT = 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	Corrigée à	1.0
Œil gauche sans correction	Corrigée à	1.0
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	1.0

(230) Vision Intermédiaire sans correction avec correction

N14 lu à 100cm	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 sans correction avec correction

N5 lu à 30 - 50cm	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"/>

(235) Analyse d'urine Normale Anormale

Glucose Protéines Sang Autres

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	13-09-24	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>	13-09-24	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique	<input type="checkbox"/>	13-09-24	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL	<input type="checkbox"/>	13-09-24	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins	<input type="checkbox"/>	13-09-24	<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"/>

(232) Lunettes Oui Non

Type : Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter

(233) Lentilles de contact Oui Non

Type : Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter

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

Avis : **apt.**

Nom : **Dr Patrick CORREA**

Signature : **Patrick CORREA**

**Médecin Aérien
N-MED-004
DSAC N°3857 - FAA-00773**

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Type I S H I H A R A

Nombre de tables présentées **6** Nombre d'erreurs **0**

(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"/>

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis) (si 239/241 non réalisés)

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

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 **14.8** (g/dl)

Normal Anormal

(248) Commentaires, limitations : **UCL.**

PSA = 0,63 => RAS.

Epreuve d'effort prochain mois.

Apte classe 1 -> 18-10-2025

(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 : **13-09-2024**

Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : **Dr Patrick CORREA**

Fax : **3, rue des Ambassades DAKAR SENEGAL**

E-mail : **Patrick CORREA**

Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : **Patrick CORREA**

Numéro d'AME : **DSAC N°3857 - FAA-00773**

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
FA-FCLAA 00155924

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

XIV Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)
19/06/1969 - VERSAILLES

VI Nationalité / Nationality
F (FRANCE)

VII Signature du titulaire / Signature of holder

MED.A.020 Diminution de l'aptitude médicale

a) Les titulaires de licence exercent à aucun moment les privilèges de leur licence et des certificats : s'ils s'agit de :
(1) un certificat de licence de pilote privé ;
(2) un certificat de licence de pilote professionnel ;
(3) un certificat de licence de pilote de ligne ;
(4) un certificat de licence de pilote de transport de passagers ;
(5) un certificat de licence de pilote de transport de passagers avec transport de passagers ;
(6) un certificat de licence de pilote de transport de passagers avec transport de passagers ;
(7) un certificat de licence de pilote de transport de passagers avec transport de passagers ;

b) En outre, les titulaires de licence tachent d'obtenir un retard induisant un retard d'opération :
(1) s'ils ont subi une opération chirurgicale ;
(2) s'ils ont subi une opération chirurgicale ;
(3) s'ils ont subi une opération chirurgicale ;
(4) s'ils ont subi une opération chirurgicale ;
(5) s'ils ont subi une opération chirurgicale ;
(6) s'ils ont subi une opération chirurgicale ;
(7) s'ils ont subi une opération chirurgicale ;

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)
18 / 10 / 2024

Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers /
Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers
18 / 04 / 2024

Classe 1, autres exploitations commerciales /
Class 1 other commercial operations
18 / 10 / 2024

Classe 2 / Class 2
18 / 10 / 2024

LAPL / LAPL
18 / 10 / 2025



MED.A.020 Decrease in medical fitness

a) Licence holders shall not exercise the privileges of their licence when they :
(1) are aware of any condition which may affect their ability to exercise the privileges of their licence ;
(2) take any medication which is likely to interfere with the safe exercise of the privileges of their licence ;
(3) receive any medical, surgical or other treatment that is likely to interfere with flight safety ;
(4) seek aero-medical advice when they :
1) have commenced a surgical or surgical procedure ;
2) have commenced a surgical or surgical procedure ;
3) have commenced a surgical or surgical procedure ;
4) have commenced a surgical or surgical procedure ;
5) have commenced a surgical or surgical procedure ;
6) have commenced a surgical or surgical procedure ;
7) have commenced a surgical or surgical procedure ;

b) first require correcting lenses.

XIII Limitations / Limitations
Code - Description / Code - Description
VML

X Date de délivrance / Date of issue
18 / 10 / 2023

Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical /
Signature of issuing AME or medical assessor
Dr. Pierre JOURDAN

XI Cachet / Stamp
DR P. JOURDAN
Médecin chef
Fra - AEMC - 05

Date de l'examen médical /
Date of medical examination
18 / 10 / 2023

Date du dernier électrocardiogramme /
Date of last electrocardiogram
18/10/2023

Date du dernier audiogramme /
Date of last audiogram
18/10/2022

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

RAN I E

Numéro de certificat / Certificate number

RA FILA 06 155224

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

Arnaud Antoine Nardy

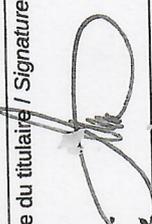
V Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)

19-06-1969

Nationalité / Nationality

RAN I A I S E

I 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

13-03-2025

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

18-10-2025

Classe 2 / Class 2

18-10-2025

LAPL / LAPL

13-02-2026

XIII Limitations / Limitations
Code - Description / Code - Description

VML

X Date de délivrance / Date of issue

13-02-2024

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

13-02-2024

Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram

13-02-2024

Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram

13-02-2024

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 qui 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'influer sur l'exercice en toute sécurité des privilèges de la licence en question;
- 3) reçoivent tout traitement médical, chirurgical ou autre susceptible d'influer sur la sécurité des vols.

b) En outre, les titulaires de licence tâchent d'obtenir, 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.

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-FCI licence