

## FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence :		(2) Certificat médical sollicité		Classe 1 <input checked="" type="checkbox"/>	Classe 2 <input type="checkbox"/>	LAPL <input type="checkbox"/>	PNC <input type="checkbox"/>
(3) Nc <b>LE BRUN LOUPOT</b>	(4) Nom de naissance		(12) Genre sollicité		<input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation		
(5) Pr <b>Clément</b>	(6) Date de naissance <small>(JJ/MM/AAAA)</small>	(7) Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	(14) Type de licence désirée :				
Né le: 12/11/1989 À: QUIMPER (29)	<b>1221</b>	(9) Nationalité : <b>FRA</b>	(15) Profession (principale) : <b>Pilote</b>				
(10) Adresse permanente : <b>3 Rue Durançon 53000 Sillé</b> Pays : <b>FRANCE</b> N° de téléphone : <b>06 47 15 21 16</b> Courriel : <b>clément.lebrun@gmail.com</b>		(11) Adresse postale : (si différente) Pays : N° de téléphone :		(16) Employeur :		(17) Dernier examen médical : Date : <b>20/10/16</b> Lieu : <b>TOULOUSE</b>	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types		Numéro de licence		Pays de délivrance		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails : ✓	
<b>APPL</b>		<b>FRA - FEL - 003422</b>		<b>FRANCE</b>		(21) Nombre total d'heures de vol : <b>1800</b>	
(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 :		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : <b>SET / PC 12</b>		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : <b>400</b>		(25) Type de vol envisagé : <b>Commercial / Privé</b>	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input checked="" type="checkbox"/> Multipilote <input 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 :			
(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 type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt : Oui <input type="checkbox"/> typé 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		
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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"/>	<b>Antécédents familiaux</b>						
(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
(103) Modifications dans la prescription de lunettes 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 : 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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
(107) Tension artérielle élevée ou basse	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(118) Troubles psychiques de toute nature: dépression, anxiété, etc.	<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	<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"/>				
												<b>A remplir uniquement pour les femmes</b>			
												(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation			
												(151) Etes-vous enceinte ?			

(30) Remarques :

(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. Ce formulaire et ses annexes sont adressés au pôle médical, dans le respect du secret médical conformément à la réglementation en vigueur. En cas de nécessité, j'autorise la transmission de ce rapport et de ses annexes dans le respect du secret médical à une autre section de médecine aéronautique d'un état membre de la communauté Européenne de l'espace économique européen et de la confédération suisse, étant entendu que ces documents sont destinés à l'examen médical d'aptitude. A tout moment, je peux avoir accès à mon dossier médical par une demande écrite au pôle médical.

Date :

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

17/10/17

*[Signature]*

*[Signature]*  
 P. BOURDAN  
 Médecin examinateur

**APPORT D'EXAMEN MEDICAL**

à au formulaire pour demande de certificat médical)

**PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL**

NOM : \_\_\_\_\_ Né le: 12/11/1989 **1221** Date de naissance (JJ/MM/AAAA): \_\_\_\_\_  
 À: QUIMPER (29) Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 187 cm	(203) Poids 98 kg	(204) Yeux couleur noir	(205) Cheveux couleur brun	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 126 Diastolique 59	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 58 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance 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

28 ans sans pathologie E jet plus

(Lésion uny med uny sp - endocrins)

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

Ceil droit sans correction	10	Corrigée à	
Ceil 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
Ceil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ceil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(231) de près N5 lu à 30 - 50cm

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

(232) Lunettes Type :  Oui  Non

(233) Lentilles de contact Type :  Oui  Non

Réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter
Ceil droit				
Ceil gauche				

(313) Perception des couleurs Normale  Anormale

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

Nombre de tables présentées \_\_\_\_\_ Nombre d'erreurs \_\_\_\_\_

(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'examinateur	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

VEIMS/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 checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

(237) Hémoglobine

(235) Analyse d'urine Normale  Anormale

Glucose	<input checked="" type="checkbox"/>	Protéines	<input type="checkbox"/>	Sang	<input type="checkbox"/>	Autres	
---------	-------------------------------------	-----------	--------------------------	------	--------------------------	--------	--

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	17.10.17	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>		<input 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"/>		<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) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude

Avis :

Nom : Dr P. JOURDAN  
 Médecin généraliste  
 Signature :

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

**APTE 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 type="checkbox"/>	LAPL <input type="checkbox"/>	PNC <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	----------------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	------------------------------

(248) Commentaires, limitations :

apte classe 1  
 → 31.10.2018.

(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 : 17.10.2017 et lieu : \_\_\_\_\_

Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : **Dr P. JOURDAN Médecin chef Fra - AeMC - 05**

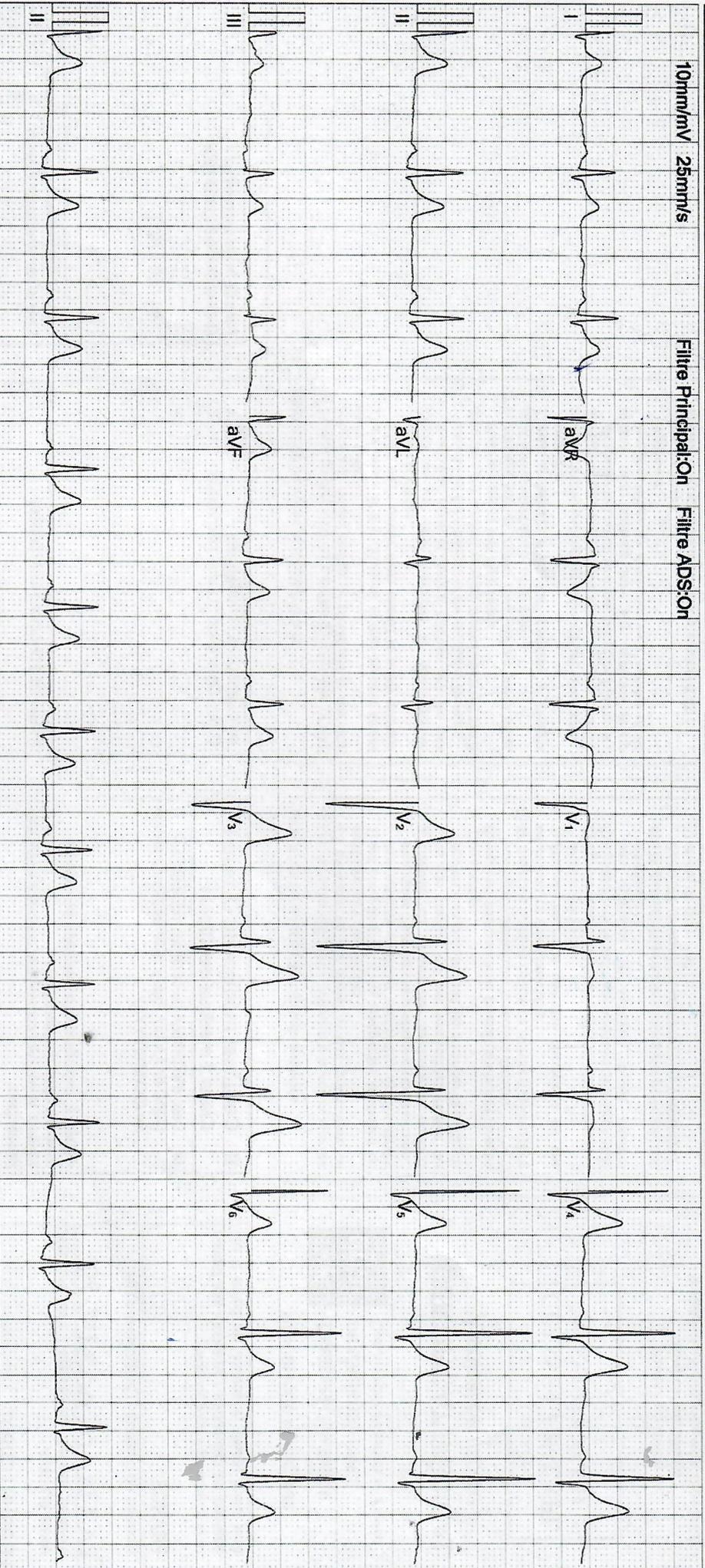
Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature :

Numéro d'AME : \_\_\_\_\_

# ECG

CEM

NOM: Le Brun Loupôt Clément ID : 12210 Sexe : Homme Age : 27 DDN : 11-12-1989 Date Test : 10-17-2017 09:57  
Case # : Investigation # : Médecin Référent: Pauline Cansot



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle QT :	370 ms
Durée Ech.:	14 s	Intervalle QTc :	367 ms
FC :	59 bpm	Axe P :	38.3°
Durée P :	90 ms	Axe QRS :	62.4°
Durée QRS :	105 ms	Axe T :	56.6°
Durée T :	235 ms	RV5/SV1 :	2.13/0.89mV
Interval.PQ :	154 ms	RV5+SV1 :	3.01mV

Suggestion :

*Dr. Pauline Cansot*  
Signature Médecin:

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

Except for the LAPL medical certificate

Issued in accordance with Part-MED  
Complies with ICAO standards

European Union  
medical certificate

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

**CERTIFICAT MEDICAL**  
Medical certificate



REPUBLIQUE 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.FOL.CA.00347422
IV	Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder	LE BRUN LOUPOT Clément
XIV	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)	12/11/1989 - QUIMPER (29)
VI	Nationalité / Nationality	F (FRANCE)
VII	Signature du titulaire / Signature of holder	

II	<b>Certificat médical de Classe 1</b> Class 1 medical certificate	<p>IX Date d'expiration du certificat médical pour (JJ/MM/AAAA) / Expiry date of this certificate for (DD/MM/YYYY)</p> <p>Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers</p> <p>31 / 10 / 2018</p> <p>Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations</p> <p>31 / 10 / 2018</p> <p>Classe 2 / Class 2</p> <p>17 / 10 / 2022</p> <p>LAPL / LAPL</p> <p>17 / 10 / 2022</p>
----	----------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

XIII	<b>Limitations / Limitations</b> Code - Description / Code - Description	<p>17 / 10 / 2017</p> <p>Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor</p> <p>17 / 10 / 2017</p> <p>Dr. Pierre JOURDAN Médecin chef Fra - AeMC - 05</p>
X	Date de délivrance / Date of issue	17 / 10 / 2017
XI	<b>Cachet / Stamp</b>	Dr. Pierre JOURDAN Médecin chef Fra - AeMC - 05

Date de l'examen médical / Date of medical examination	17 / 10 / 2017
Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram	17 / 10 / 2017
Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram	26 / 10 / 2015

**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'ils ont obtenus :
- 1) ont connaissance d'une quelconque diminution de leur aptitude médicale susceptible de les rendre incapables d'exercer ces privilèges en toute sécurité ;
  - 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 ;
  - reçoivent tout traitement médical, chirurgical ou autre susceptible d'influer sur la sécurité des vols ;
- b) En outre, les titulaires de licence recherchent 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.