



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:	
LE BRUN LOUPOT		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input checked="" type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/>	
Clément		(4) Nom de naissance	
Né(e) le : 12/11/1989 12210		(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation	
QUIMPER (29)		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 12/11/89	
		(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	
(8) Lieu et pays de naissance : Quimper FRA		(14) Type de licence désirée :	
(10) Adresse permanente : 5 cl Rue des Reuten 17 135 DORNIERRE SUR MER		(15) Profession (principale) : Pilote	
Pays : FRA		(16) Employeur : Chalain Aviation	
N° de téléphone :		(17) Dernier examen médical : Date : 20/10/19 Lieu : TLS	
Courriel : clément.léon@gmail.com		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :	
(18) Licence(s) de vol possédée(s)		(21) Nombre total d'heures de vol : 2800	
types Numéroté de licence Pays de délivrance		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 400	
		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : SEP/MEP ATR 72/42	
(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 : VFR / IFR	
Détails :		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input checked="" type="checkbox"/> Multipilote <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi :	
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 : 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 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 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"/>
						(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	A remplir uniquement pour les femmes		
									(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
									(151) Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

(30) Remarques :

(31) Déclaration : Le 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 socio-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 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 mises 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 assureurs médicaux des autorités compétentes des États membres afin de faciliter l'application de l'AR MED 150 (c) (4).

Date : **30/10/20**

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :



LE BRUN LOUPOT

Clément

Né(e) le : 12/11/1989 12210
QUIMPER (29)

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

à remplir au formulaire pour demande de certificat médical

1^{ER} PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : _____ Prénoms : _____ Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____
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 90,6 kg	(204) Yeux couleur noirs	(205) Cheveux couleur bruns	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique : 127 Diastolique : 72	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) : 61 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(209) Cavité buccale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

PPC = 6 cm
30% OPL ATR Cholestérol Pasé SE

tabac : jamais
alcool : 203 us per
Red &
Sport : CRAS III

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

Ceil droit sans correction	12	Corrigée à	
Ceil gauche sans correction	12	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	12	Corrigée à	

(230) Vision Intermédiaire N14 lu à 100cm

Ceil droit	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
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

Ceil droit	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
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

Oui Non

Type : _____

Réfraction Sph _____ Cylindre _____ Axe _____ Ajouter _____

(233) Lentilles de contact

Oui Non

Type : _____

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 réalisé)

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

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite	5	5	3	3	9	8
Oreille gauche	10	10	3	10	9	8

(236) Fonction respiratoire

VEMS/CV % Peak Flow (l/min)

Normal Anormal Normal Anormal 14,4 (g/dl)

(237) Hémoglobine Normal Anormal

(235) Analyse d'urine Normale Anormale

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

Rapports annexés

Rapports annexés	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	30.10.2020	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>	30.10.2020	<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"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Fonction respiratoire	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(320) Tonométrie G : 16 D : 16 mmHg	<input type="checkbox"/>	30.10.20	<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 : AP DE

Nom : _____

Signature : Jy. LAFAILLE

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

APTÉ 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(248) Commentaires, limitations :

Apte classe 1 -> 31/10/2021

(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 : 30/10/2020 et lieu : Sub Blagnac

Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : _____
Fax : _____
Telephone : _____ E-mail : _____

Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : Jy. LAFAILLE
Médicinchef : _____
Numéro d'AME : _____

Audiométrie tonale



Patient **Clément Le Brun Loupot**

Date de naissance **12 nov. 1989**

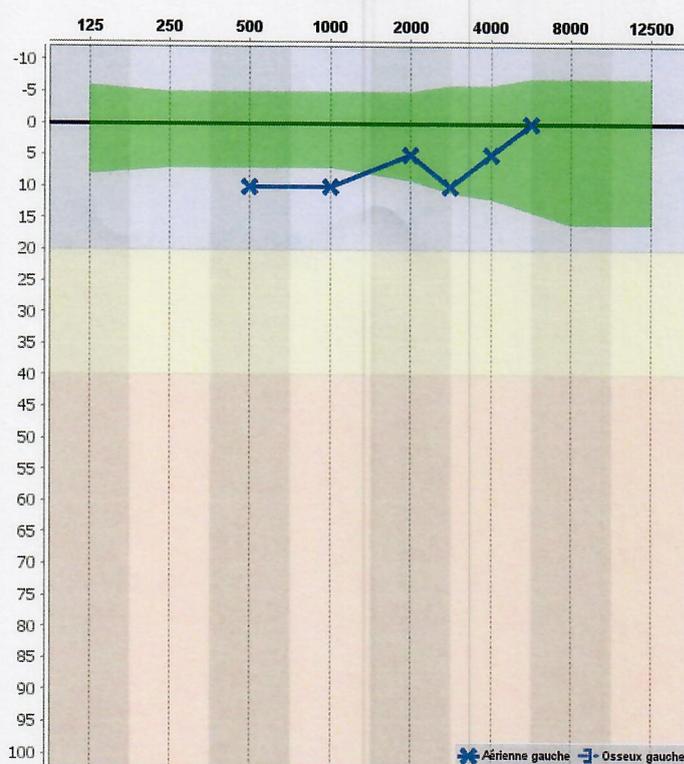
Date de mesure **30/10/2020 08:01:12**

Opérateur : **Pauline Cansot**

Droite



Gauche



Indice Tonal Moyen	Gauche	Droite
Indice Tonal Moyen	8,33 dB HL	5,00 dB HL
Indice précoce d'alerte	5,00 dB HL	1,67 dB HL
Indicateur médico-légal	8,00 dB HL	4,50 dB HL
Indicateur de surdité professionnelle	7,50 dB HL	3,75 dB HL
Sigycop (O= 2)	Coef. : 2	Coef. : 1

Notes

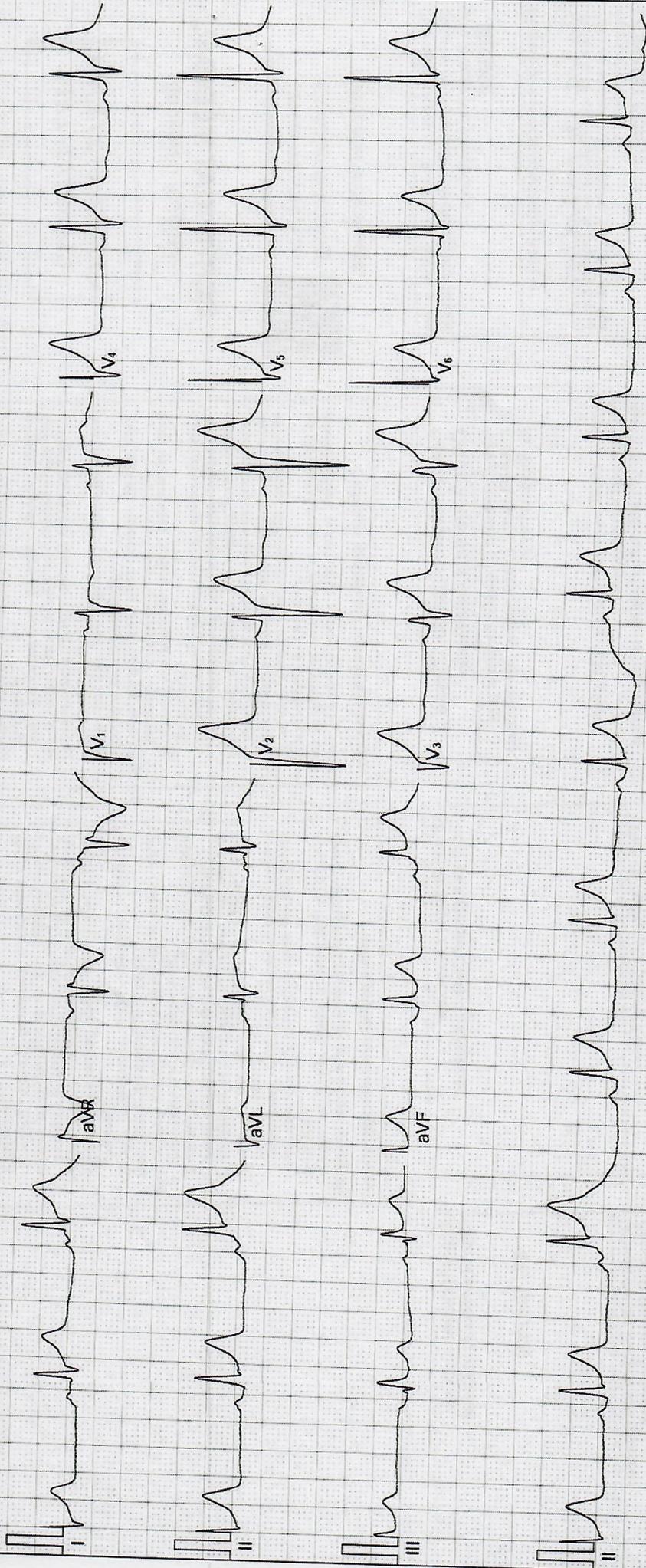
Appareil utilisé pour la mesure
 Appareil : OtoWin
 S/N : 16013 - 037
 Firmware : 1.1.4j
 Hardware : rev9
 Stimulateur : DD45 HI
 Date de calibration : 06/07/2020

ECG

CEMATB

NOM: Clément Le Brun Loupot ID : 12210 Genre : Homme Age : 30 DOB : 11-12-1989 Date of Test : 10-30-2020 09:06
 Case # : Investigation # : Médecin Référent: Pauline Cansot

10mm/mV 25mm/s Filtre Principal: On Filtre ADS: On



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle QT :	408 ms
Durée Echantillon :	14 s	Intervalle QTc :	383 ms
FC :	53 bpm	Axe P :	46.6°
Durée P :	99 ms	Axe QRS :	59.3°
Durée QRS :	104 ms	Axe T :	49.8°
Durée T :	274 ms	RV5/SV1 :	1.63/0.82mV
PQ Interval :	162 ms	RV5+SV1 :	2.45mV

Suggestion :

[Handwritten signature]
 CLÉMENT LE BRUN LOUPOUT
 GÉNÉRALISTE
 CHU de NANTES

Signature Médecin:

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 / 1 / CLASS 1 / 2 / 1

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
FRACL 2A003A1429

IV Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder
**LE BRUN LOUPOT
Clément**

XIV Date de naissance (JJMM/AAAA) / Date of birth (DDMM/YYYY)
12/11/1989 - QUIMPER (29)

VI Nationalité / Nationality
F (FRANCE)

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 (DDMM/YYYY)
31 / 10 / 2021

Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers /
Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers
31 / 10 / 2021

Classe 1, autres exploitations commerciales /
Class 1, other commercial operations
31 / 10 / 2021

Classe 2 / Class 2
30 / 10 / 2025

LAPL / LAPL
30 / 10 / 2025

XIII Limitations / Limitations
Code - Description / Code - Description

X Date de délivrance / Date of issue
30 / 10 / 2020

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

Dr. Jean-Yves LAFAILLE

XI Cachet / Stamp

Date de l'examen médical /
Date of medical examination
30 / 10 / 2020

Date du dernier électrocardiogramme /
Date of last electrocardiogram
30/10/2020

Date du dernier audiogramme /
Date of last audiogram
30/10/2020

MED-020 Diminution temporaire de la capacité de vol
(a) Les titulaires de licence d'exercice et de licence de vol ne doivent pas être affectés par une incapacité temporaire de vol pendant la durée de validité de leur licence. Les titulaires de licence d'exercice et de licence de vol doivent être informés de leur incapacité temporaire de vol par le médecin traitant ou le médecin agréé de l'aviation civile. Les titulaires de licence d'exercice et de licence de vol doivent être informés de leur incapacité temporaire de vol par le médecin traitant ou le médecin agréé de l'aviation civile. Les titulaires de licence d'exercice et de licence de vol doivent être informés de leur incapacité temporaire de vol par le médecin traitant ou le médecin agréé de l'aviation civile.

MED-A-020 Decrease in medical fitness
(a) Licence holders shall not be affected by a temporary decrease in fitness during the validity of their licence. Licence holders shall be informed of their temporary decrease in fitness by the treating physician or the approved aviation medical examiner. Licence holders shall be informed of their temporary decrease in fitness by the treating physician or the approved aviation medical examiner. Licence holders shall be informed of their temporary decrease in fitness by the treating physician or the approved aviation medical examiner.