

# FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence : <b>FRA</b>		(13) N° référence:	
(3) Nom : <b>CE BRUN</b>		(2) Certificat médical sollicité: <b>Classe 1 <input checked="" type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/></b>	
(5) Prénom(s) : <b>Clément</b>		(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation
(6) Date de naissance : <b>10/11/1989</b>		(7) Sexe : <b>Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/></b>	(14) Type de licence désirée : <b>CPL</b>
(8) Lieu et pays de naissance : <b>Quimper France</b>		(9) Nationalité : <b>FRA</b>	(15) Profession (principale) : <b>Pilote</b>
(10) Adresse permanente : <b>14 Rue du Canada 07</b>		(11) Adresse postale (si différente) : <b>BANSEUL SUR MER</b>	(16) Employeur : <b>Chalain Aviation</b>
Pays : <b>FRA</b>		(17) Dernier examen médical	(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :
N° de téléphone : <b>06 47 19 21 10</b>		Date : <b>Toulouse</b>	
Courriel : <b>clément.brune@orange.fr</b>		Lieu : <b>29/10/16</b>	
(18) Licence(s) de vol possédée(s)			
types		Numéro de licence	Pays de délivrance
<b>CPL</b>		<b>FRA.FCL 0031712</b>	<b>FRANCE</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 : _____		(21) Nombre total d'heures de vol : <b>2900</b>	
Détails :		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : <b>200</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 : _____		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : <b>SEP/MEP ATR 72</b>	
Détails :		(25) Type de vol envisagé : <b>CPL</b>	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		(26) Activité aérienne actuelle : <b>Monopilote <input checked="" type="checkbox"/> Multipilote <input checked="" type="checkbox"/></b>	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non-actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt : _____		(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:	
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). Détailliez 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"/>	<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/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) 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"/>	
<b>A remplir uniquement pour les femmes</b>												
										(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) Déclaration : Je soussigné(e) déclare avoir répondu de façon s c re aux questions qui m'ont été posées lors du présent examen et ne pas avoir connaissance de troubles de santé autre que ceux qui y ont été signalés. Je comprends qu'en cas de fautive déclaration ou erreur, l'attribution de licence peut être retirée sans certificat médical dès qu'il est constaté que je n'ai pas fourni un médical médical sans préjudice de toute autre action applicable en vertu du droit national.

CONSENTEMENT A LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MÉDICALES : En cas de nécessité, j'autorise la transmission de ces données de santé au respect du secret médical, au médical évaluateur de l'autorité compétente de mon AME ainsi qu'aux professionnels de santé participant dans le but d'obtenir une évaluation médical été dans le cadre d'un examen. En reconnaissance que ces documents ou données médicales éventuellement doivent être utilisés pour compléter une évaluation médical et d'éventuellement effectuer la prévision de l'emploi qui dépend de la licence été obtenue, je m'engage à respecter la législation nationale. Le secret médical sera respecté à tout moment.

SOUSCRIPTION DE DIVERGATION DE DONNÉES PERSONNELLES : Je déclare que la présente souscription est de nature volontaire et que je comprends que les données fournies dans ce certificat médical selon l'ARTICLE 130 peuvent être stockées éventuellement dans la base de données de l'AMC afin de fournir les données historiques requises dans le MEDA/35 (b) (2) (iii) ainsi qu'aux autres médical des autorités compétentes des Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARTICLE 130 (c) (4).

Date :

Signature du demandeur :

Signature du médical examinateur :

22/10/21

*[Signature]*

Dr J. LAPAILLE  
Médical générale

LE BRUN LOUPOT

Clément

Né(e) le : 12/11/1989 12210

QUIMPER (29)

APPORT D'EXAMEN MEDICAL

à au formulaire pour demande de certificat médical)

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 87,0 kg	(204) Yeux couleur marrons	(205) Cheveux couleur bruns	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique: 126 Diastolique: 69	(207) Pouls au repos Pulsations: 69 (bpm) 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 checked="" type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" 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  
 3101 OPL ATR 42 cholestérol élevé & FS en Anomalie.  
 - testée: jansen  
 - alcool: 2x3 ou 2/jour  
 - med: plimic CHAS II  
 - sport: marche régulière

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

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

(230) Vision Intermédiaire sans correction avec correction

N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil 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

Œil droit	Oui	Non	Oui	Non
Œil 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 (233) Lentilles de contact

Oui  Non  Type : Réfraction Sph. Cylindre Axe Ajouter

Oui  Non  Type : Réfraction Sph. Cylindre Axe Ajouter

(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 <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 (237) Hémoglobine

VEMS/CV % Peak Flow (l/min) 14,8 (g/dl)

Normal  Anormal  Normal  Anormal  Normal  Anormal

(235) Analyse d'urine Normale  Anormale

Glucose 0 Protéines 0 Sang 0 Autres

Rapports annexés

Rapports annexés	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	21/10/2022	<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 : APTÉ

Nom : Dr J-Y LAFAILLE

Signature : [Signature]

(247 bis) 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/GCA

(248) Commentaires, limitations :  
 Apte Clem 1 -> 31/10/2022

(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: 22/10/2022 et lieu: [Signature]

Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé: [Signature]

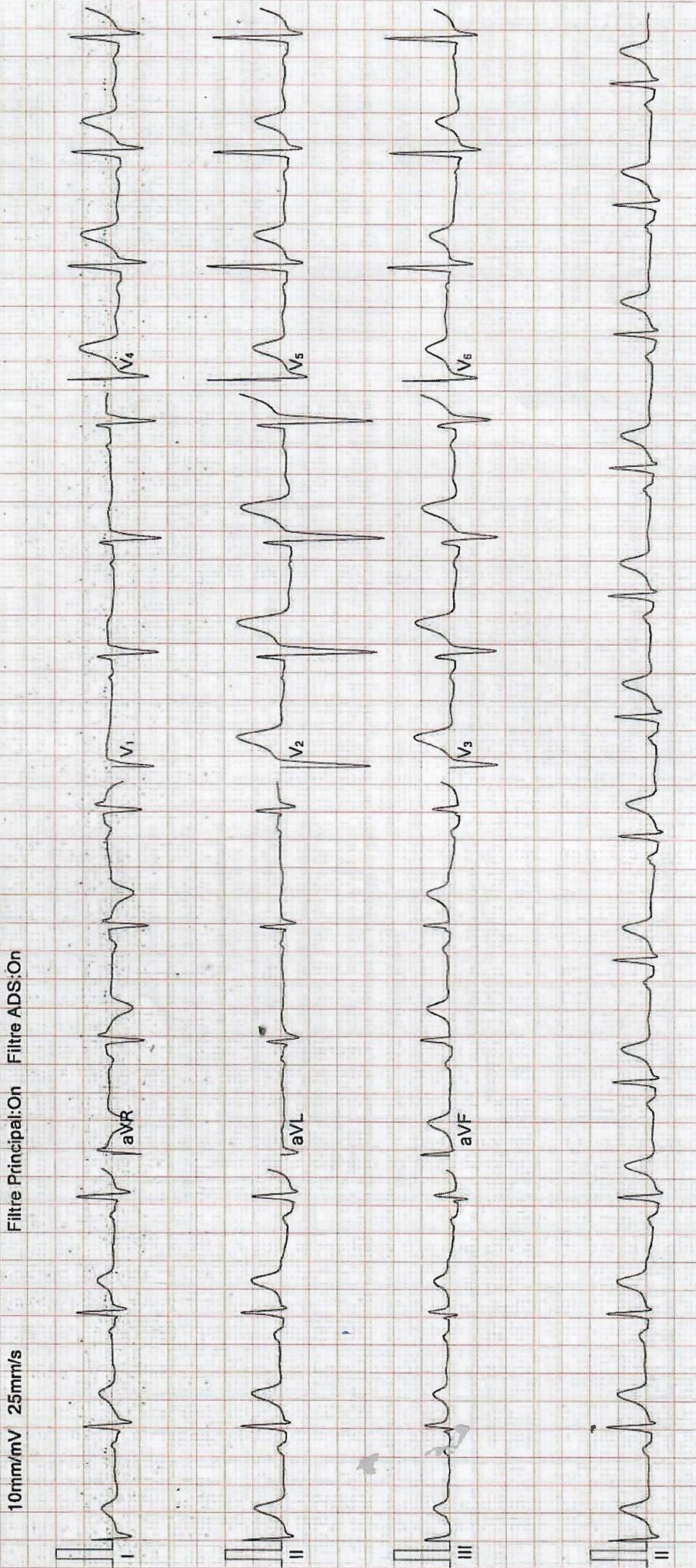
Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature: [Signature]

Numéro d'AME: [Signature]

# ECG

CEMATB

NOM: Clément Le Brun Loupot ID : 12210 Genre : Homme Âge : 31 DOB : 11-12-1989 Date of Test : 10-22-2021 07:15  
Case #: Investigation #: Médecin Référent: Pauline Cansot.



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle QT :	361 ms
Durée Echantillon :	14 s	Intervalle QTc :	387 ms
FC :	69 bpm	Axe P :	66.4°
Durée P :	100 ms	Axe QRS :	60.1°
Durée QRS :	101 ms	Axe T :	57.7°
Durée T :	230 ms	RV5/SV1 :	1.38/0.82mV
PQ Interval :	160 ms	RV5+SV1 :	2.20mV

Suggestion :

*[Handwritten signature]*  
Dr. J. B. BAILLE  
Médecin Généraliste  
CEMATB F-05

Signature Médecin:

