



# 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>LE BRUN</b>		(2) Certificat médical sollicité: <b>Classe 1</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Classe 2</b> <input type="checkbox"/> <b>LAPL</b> <input type="checkbox"/> <b>PNC/CCA</b> <input type="checkbox"/>	
(5) Prénom(s) : <b>Clément</b>		(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation
(8) Lieu et pays de naissance : <b>Quimper, France</b>		(6) Date de naissance <b>12/11/1989</b>	(7) Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin
(10) Adresse permanente : <b>14 Rue du Canada 17137 NIEUL SUR MER Pays : France N° de téléphone : Courriel :</b>		(9) Nationalité : <b>FRA</b>	(14) Type de licence désirée : <b>Pilote de Ligne</b>
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types : <b>F-ATPL CPL IR ME</b> Numéro de licence : <b>FRA.FCL.CA00317422</b> Pays de délivrance : <b>FRA</b>		(16) Employeur : <b>Chalair Aviation</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: _____		(17) Dernier examen médical : Date : <b>22/10/21</b> Lieu : <b>TLS</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: _____		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		(21) Nombre total d'heures de vol : <b>3400</b>	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt : _____		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : <del>500</del> <b>500</b>	
(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : <b>SEP, SET, MEP, ATR 42/72</b>		(25) Type de vol envisagé : <b>Vol Pro et Loisir</b>	
(26) Activité aérienne actuelle : <b>Monopilote</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Multipilote</b> <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
(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	<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) Allergique 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"/>	<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 :  
Nil

Je déclare avoir répondu de façon sincère aux questions qui me sont posées et ne pas avoir connaissance de fausses données de santé autres que celles que j'ai signalées. 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.

Je déclare par la présente que j'ai lu et comprends le contenu des questions contenues dans ce formulaire et que j'ai accepté de fournir mes données personnelles et de santé à la disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le dossier de demande de licence de pilote de ligne. Je reconnais que ces données sont stockées électroniquement et peuvent être utilisées pour compléter mon dossier médical et des contrôles et respecter la politique de l'autorité qui délivre la licence. Je comprends que mes données personnelles et de santé sont traitées conformément à la législation nationale. Le secret médical sera respecté à tout moment.

Date : **08/10/22**

Signature du demandeur : *[Signature]*

Signature de médecin examinateur : *[Signature]*

N° 03315  
CEMATEC - 05

**LE BRUN LOUPOT**

Clément

Né(e) le : 12/11/1989 **12210**

QUIMPER (29)

**RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL**

e 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 187,3 cm 26,30	(203) Poids (+5) 92,3 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Brun	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique 129	Diastolique 76	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"/>	(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, tympons, 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

32 en OPL ATR chacun. Peux avoir un petit  
 - tabac 0  
 - alcool 2-3 us/semaine  
 - Neel 0  
 - gant phlegme cras

**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	1
Œil gauche sans correction	10	Corrigée à	1
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à	

(230) Vision Intermédiaire N14 lu à 100cm

	sans correction		avec correction	
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	<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"/>

(232) Lunettes (233) Lentilles de contact

Oui  Non  Type : \_\_\_\_\_

Œil droit	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter
Œil 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 (237) Hémoglobine

VEMS/CV	%	Peak Flow (l/min)	140	(g/dl)
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/>

(248) Commentaires, limitations :

Apte classe 1 → 21/10/2023

**(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 : 10/10/2022 et lieu : Toul Bleguez

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 : **Dr Jy. LAFAILLE**  
 Médecin chef  
 F1 Ref-Rapport examen médical 03.09.2019

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

Glucose 0	Protéines 0	Sang 0	Autres	
-----------	-------------	--------	--------	--

**Rapports annexés**

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	10/10/22	<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"/>	10/10/22	<input checked="" 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 : **APTE CEMATB**

Nom : **Dr J.P. Boudieroux**  
 Signature : \_\_\_\_\_  
 N° 03516  
 CEMA TB - 05

**(247 bis) 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 <input checked="" type="checkbox"/>	CLASSE 2 <input checked="" type="checkbox"/>	LAPL <input type="checkbox"/>	PNC/CCA <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--	--	-------------------------------	----------------------------------

**LE BRUN LOUPOT**  
Clément  
Né(e) le : 12/11/1989 **12210**  
QUIMPER (29)

*Des brs lents et a N*

Masculin

ambul.ID :

Nom infos diagn.:

**Bradycardie de sinus**

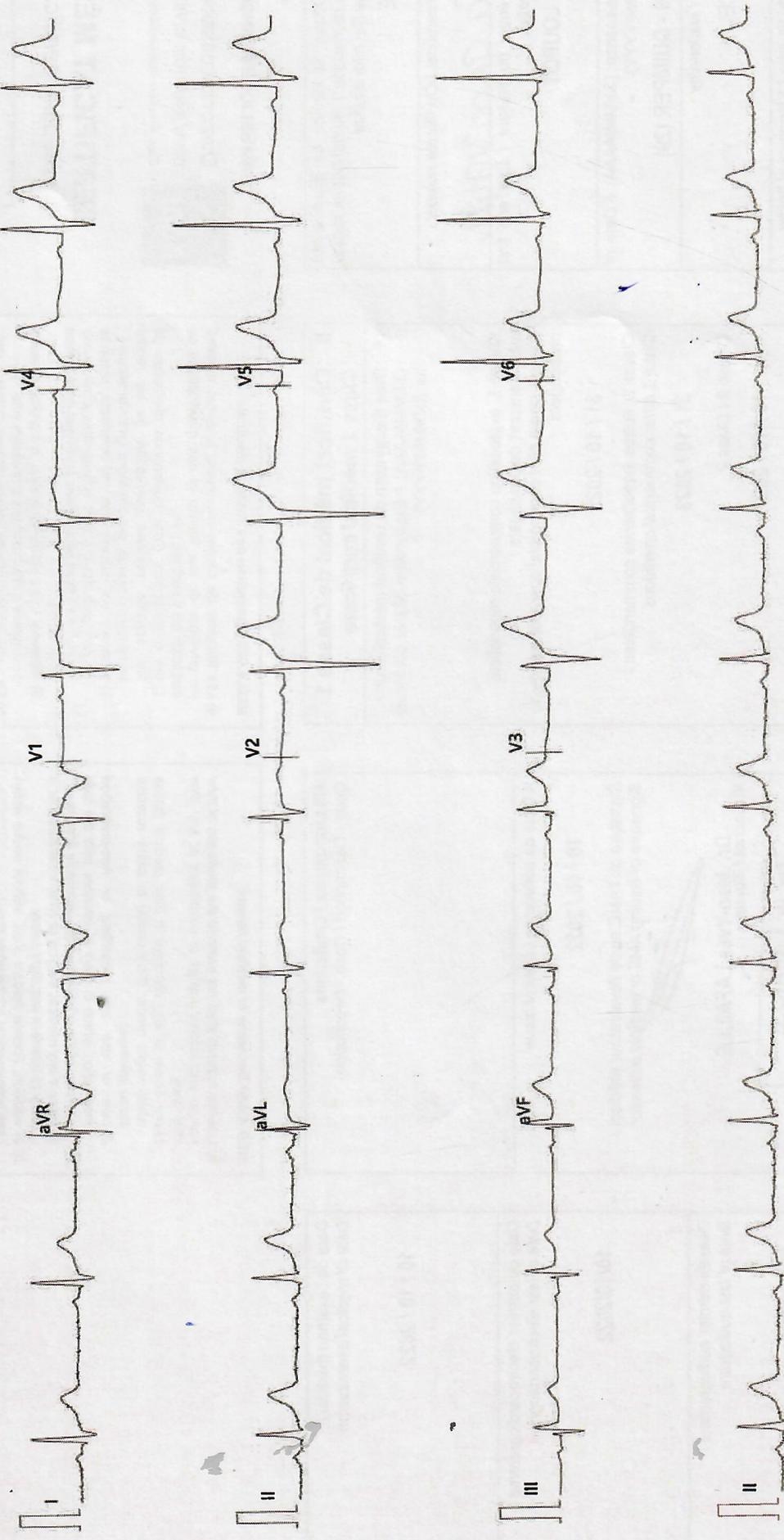
N° de salle :

**Dr J.P. POTTIER**  
Médecine Aéronautique  
N° 03516  
CEMA TB - 05

Département :  
FC : 59bpm  
P : 96ms  
FP : 164ms  
QRS : 96ms  
QT/QTc : 388/385ms  
P/QRS/T : 31/49/50deg.  
RV5/SV1 : 1.740/0.970mV

Rapp. confirmé par:  
10mm/mV

25mm/s



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

LAPL / 2 / 1  
LAPL / 2 / 1  
CLASSE  
LAPL / 2 / 1

# CERTIFICAT MÉDICAL

Medical certificate



DIRECTION GÉNÉRALE  
DE L'AVIATION CIVILE  
CIVIL AVIATION ADMINISTRATION - FRANCE  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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 FCL 0300321109**

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 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)  
**31 / 10 / 2023**

Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers  
**31 / 10 / 2023**

Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations  
**31 / 10 / 2023**

Classe 2 / Class 2  
**10 / 10 / 2027**

LAPL / LAPL  
**10 / 10 / 2027**

XIII Limitations / Limitations  
Code - Description / Code - Description

X Date de délivrance / Date of issue  
**10 / 10 / 2022**

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

XI Cachet / Stamp  
**Dr. Jean-Yves LAFAILLE**  
**Dr Jy. LAFAILLE**  
Médecin chef :  
Fra - AeMC - 05

Date de l'examen médical / Date of medical examination  
**10 / 10 / 2022**

Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram  
**10/10/2022**

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

MED-020 V.020 Decrease in vision  
a) Les pilotes exerçant la licence de pilote à un moment quelconque de leur licence doivent satisfaire aux conditions suivantes :  
1) s'ils ont subi une opération chirurgicale autre que celle de la vision, ils doivent être jugés aptes à l'exercice de la licence par un médecin agréé par l'Administration ;  
2) s'ils ont subi une opération chirurgicale autre que celle de la vision, ils doivent être jugés aptes à l'exercice de la licence par un médecin agréé par l'Administration ;  
3) s'ils ont subi une opération chirurgicale autre que celle de la vision, ils doivent être jugés aptes à l'exercice de la licence par un médecin agréé par l'Administration ;  
4) s'ils ont subi une opération chirurgicale autre que celle de la vision, ils doivent être jugés aptes à l'exercice de la licence par un médecin agréé par l'Administration ;  
5) s'ils ont subi une opération chirurgicale autre que celle de la vision, ils doivent être jugés aptes à l'exercice de la licence par un médecin agréé par l'Administration ;  
6) s'ils ont subi une opération chirurgicale autre que celle de la vision, ils doivent être jugés aptes à l'exercice de la licence par un médecin agréé par l'Administration ;  
7) s'ils ont subi une opération chirurgicale autre que celle de la vision, ils doivent être jugés aptes à l'exercice de la licence par un médecin agréé par l'Administration ;

MED-020 V.020 Decrease in vision  
a) Licence holders exercising the pilot licence at any time during their licence must satisfy the following conditions:  
1) if they have undergone a surgical operation other than that of the eyes, they must be judged fit to exercise the licence by a doctor approved by the Administration;  
2) if they have undergone a surgical operation other than that of the eyes, they must be judged fit to exercise the licence by a doctor approved by the Administration;  
3) if they have undergone a surgical operation other than that of the eyes, they must be judged fit to exercise the licence by a doctor approved by the Administration;  
4) if they have undergone a surgical operation other than that of the eyes, they must be judged fit to exercise the licence by a doctor approved by the Administration;  
5) if they have undergone a surgical operation other than that of the eyes, they must be judged fit to exercise the licence by a doctor approved by the Administration;  
6) if they have undergone a surgical operation other than that of the eyes, they must be judged fit to exercise the licence by a doctor approved by the Administration;  
7) if they have undergone a surgical operation other than that of the eyes, they must be judged fit to exercise the licence by a doctor approved by the Administration;