Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
dgac
DSAC

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - **SECRET MEDICAL**

(1) Pays de délivrance de licence : FRA

(13) N° référence:

(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☒ Classe 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA ☐

(3) Nom : LE BRUN

(4) Nom de naissance

(12) Genre sollicité ☐ initial ☒ renouvellement/prorogation

(5) Prénom(s) : Clément

(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 12/11/1985

(7) Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐

(14) Type de licence désirée : CPL

(15) Profession (principale) : Pilote Pro

(8) Lieu et pays de naissance :

(9) Nationalité :

(16) Employeur : Skyfirst

(10) Adresse permanente :
14 Rue du Canada
17137 NIEUL SUR MER
Pays : FRANCE
N° de téléphone : 06 48 13 21 16
Courriel :
Clement.lebrun@gmail.com

(11) Adresse postale : (si différente)
Pays :
N° de téléphone :

(17) Dernier examen médical :
Date : 10/10/22
Lieu : TLS

(19) Conditions, limitations du certificat médical:
Non ☒ Oui ☐ détails :

(18) Licence(s) de vol possédée(s)

types	Numéro de licence	Pays de délivrance
CPL	FRA. FCL-CAC0317422	FRA

(21) Nombre total d'heures de vol : 3900

(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 300

(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 ☒ Oui ☐ Date : Lieu:
Détails :

(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :
SEP/MEP ATR FA7X

(25) Type de vol envisagé : Pro

(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ?
Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu:
Détails :

(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☒ Multipilote ☒

(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non ☒ Oui ☐
Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi:

(27) Consommez vous de l'alcool ? Non ☒ Oui ☐ consommation journalière unités

(29) Consommez vous du tabac ?
Non jamais ☒ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt :
Oui ☐ 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	☐	☒	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	☐	☒	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	☐	☒	**Antécédents familiaux**		
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	☐	☒	(113) Traumatismes crânien ou commotion	☐	☒	(124) Test VIH positif	☐	☒	(170) Affection cardiaque	☐	☒
			(114) Maux de tête fréquents ou graves	☐	☒	(125) Maladie sexuellement transmissible	☐	☒	(171) Hypertension artérielle	☐	☒
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	☐	☒	(115) Accès de vertige/évanouissement	☐	☒	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	☐	☒	(172) Taux élevé de cholestérol	☐	☒
(104) Allergie ou rhume des foins	☐	☒	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	☐	☒	(127) Maladie musculaire ou squelettique	☐	☒	(173) Epilepsie	☐	☒
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	☐	☒	(117) Affection neurologique : AVC, epilepsie, convulsions, paralysie, etc...	☐	☒	(128) Toute autre maladie ou blessure	☐	☒	(174) Maladie mentale/suicide	☐	☒
									(175) Diabète	☐	☒
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	☐	☒	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	☐	☒	(129) Hospitalisation	☐	☒	(176) Tuberculose	☐	☒
						(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	☐	☒	(177) Allergie/asthme/eczéma	☐	☒
(107) Tension artérielle élevée ou basse	☐	☒	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	☐	☒	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	☐	☒	(178) Maladie héréditaire	☐	☒
									(179) Glaucome	☐	☒
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	☐	☒	(120) Tentative de suicide ou automutilation	☐	☒	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	☐	☒	**A remplir uniquement pour les femmes**		
(109) Diabète ou désordre hormonal	☐	☒							~~(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation~~	☐	☐
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	☐	☒	(121) Mal des transports nécessitant médication	☐	☒	(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	☐	☒			
(111) Surdité ou maladie des oreilles	☐	☒	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	☐	☒	(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	☐	☒	~~(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. 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 À 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 aéro 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 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'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.035 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des États membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date :
23 10 23

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :
Médecine Aéronautique
N° 03516
CEMA TB – 05

Réf Formulaire pour demande de certificat médical ED Décision 2019/002/R 03.09.2019

→ 12 210

32710

LE BRUN
CLÉMENT
12/11/1989 à QUIMPER (29)

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
dgac
DSAC

PPORT D'EXAMEN MEDICAL

ıu formulaire pour demande de certificat médical)

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

NOM :	Prénoms :	Date de naissance (JJ/MM/AAAA): Lieu de naissance :

(201) Catégorie d'examen	(202) Taille	(203) Poids	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique	Diastolique	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm)	Rythme
☐ Initial ☒ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	187 cm	(-3) 89,3 kg 25,50	marrons	bruns	124	78	66	☑ régulier ☐ irrégulier

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal		normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	☑	☐	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	☑	☐
(209) Cavité buccale, gorge, dents	☑	☐	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	☑	☐
(210) Nez, sinus	☑	☐	(220) système génito-urinaire	☑	☐
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	☑	☐	(221) Système endocrinien, thyroïde	☑	☐
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	☑	☐	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	☑	☐
(213) Yeux – pupilles	☑	☐	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	☑	☐
(214) Yeux – mobilité oculaire, nystagmus	☑	☐	(224) Examen neurologique- réflexes etc	☑	☐
(215) Poumons, thorax, seins	☑	☐	(225) Psychiatrie	☑	☐
(216) Cœur	☑	☐	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	☑	☐
(217) Système vasculaire	☑	☐	(227) Etat général	☑	☐

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

33 ans. OPL Aviation d'affaires (. 8X [illegible] 7X)
Pacsé sans enfant [illegible]

Tobacco : ∅
Alcohol : occasion^t.
Medication : ∅
Sport : Plongée -

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

(230) Vision Intermédiaire	sans correction		avec correction	
N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	☒	☐	☐	☐
Œil gauche	☒	☐	☐	☐
Vision binoculaire	☒	☐	☐	☐

(231) de près	sans correction		avec correction	
N5 lu à 30 - 50cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	☒	☐	☐	☐
Œil gauche	☒	☐	☐	☐
Vision binoculaire	☒	☐	☐	☐

(232) **Lunettes**		(233) **Lentilles de contact**		
Oui ☐ Non ☒ Type :		Oui ☐ Non ☒ Type :		
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter
Œil droit				
Œil gauche				

(313) **Perception des couleurs** Normale ☐ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées	Nombre d'erreurs

(234) **Audition** (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(si 239/241 non réalisé)	Oreille droite	Oreille gauche
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur	Oui ☑ Non ☐	Oui ☑ Non ☐

Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) **Fonction respiratoire**		(237) **Hémoglobine**
VEMS/CV % Normal ☐ Anormal ☐	Peak Flow (l/min) Normal ☐ Anormal ☐	16,1 (g/dl) Normal ☑ Anormal ☐

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

Glucose 0	Protéines 0	Sang 0	Autres

Rapports annexés	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	☐	23 10 23	☑	☐
(239) Audiogramme	☐		☐	☐
(240) Examen Ophtalmologique	☐		☐	☐
(241) Examen ORL	☐	23 10 23	☑	☐
(242) Lipides sanguins	☐		☐	☐
(243) Fonction respiratoire	☐		☐	☐
(320) Tonométrie G : D : mmHg	☐		☐	☐
(244) Divers(Sujet?):	☐		☐	☐

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

Avis : APTE	Nom : Dr J.P Pouderoux Médecine Aéronautique Signature : N° 23616 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**	**CLASSE 2**	**LAPL**	**PNC/CCA**
	☑	☑	☑	☐

(248) Commentaires, limitations :

Apte classe 1 → 31/10/2024

(249) Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

Je soussigne 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.

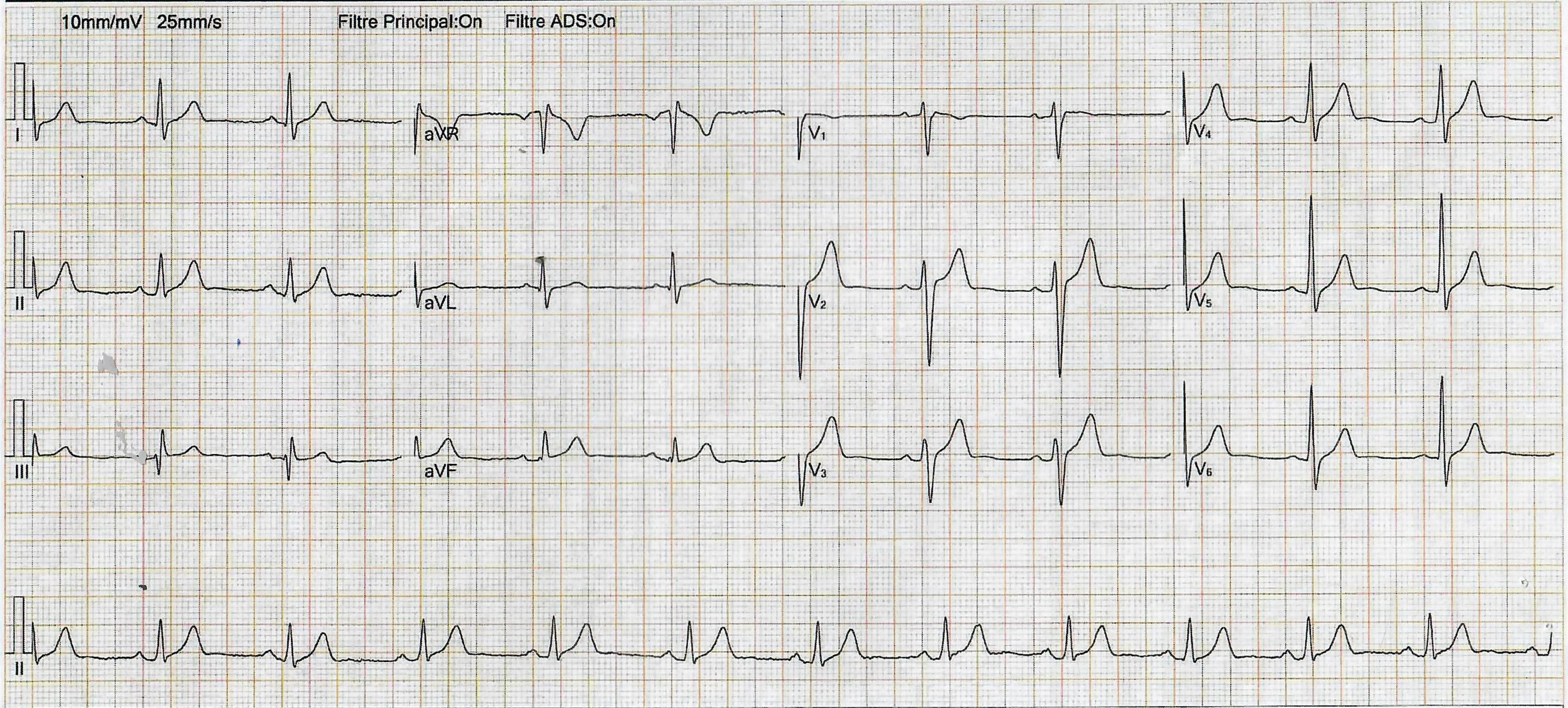
(250) date : et lieu: 23/10/2023	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé Fax: Telephone: E-mail:	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature: Numéro d'AME: Dr J.y. LAFAILLE Médecin chef : Fra - AeMC

ECG

CEMATB

NOM:Clément Le Brun ID :32710 Genre :Homme Age :33 DOB :11-11-1989 Date of Test :10-23-2023 09:25
Case #: Investigation #: Médecin Référent:Pauline Cansot

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



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle QT :	373 ms
Durée Echantillon :	14 s	Intervalle QTc :	385 ms
FC :	64 bpm	Axe P :	29.7°
Durée P :	99 ms	Axe QRS :	51.1°
Durée QRS :	102 ms	Axe T :	49.6°
Durée T :	241 ms	RV5/SV1:	1.73/0.75mV
PQ Interval :	152 ms	RV5+SV1:	2.48mV

Suggestion :

ECG dans la limite de la normale

Dr J.P Pouderoux
Médecine Aeronautique
N°03516
CEMA TB – 05

Signature Médecin:

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

dgac

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-FCL licence

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.

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.

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-CA00317422

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)*

Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / *Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers*
31 / 10 / 2024

Classe 1, autres exploitations commerciales / *Class 1 other commercial operations*
31 / 10 / 2024

Classe 2 / *Class 2*
23 / 10 / 2028

LAPL / *LAPL*
23 / 10 / 2028

XIII Limitations / *Limitations*
Code - Description / *Code - Description*

X Date de délivrance / *Date of issue*
23 / 10 / 2023

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

Dr. Jean-Yves LAFAILLE

XI Cachet / *Stamp*

Dr Jy. LAFAILLE
Médecin chef :
Fra - AeMC - 05

Date de l'examen médical / *Date of medical examination*
23 / 10 / 2023

Date du dernier électrocardiogramme / *Date of last electrocardiogram*
23/10/2023

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