

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MÉDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES

Secret médical

(1) Pays JAA de délivrance de licence :		(2) Classe du certificat médical sollicité <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
(3) Nom : LE BRUN LOUPOT		(4) Nom de jeune fille : (12)	
(5) Prénoms : Clément Né le: 12/11/1989 12210 À: QUIMPER (29)		(6) Date de naissance : (Jour / Mois / Année) 11 11 89	(7) Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fém.
(8) Lieu et pays de naissance : FR		(9) Nationalité : FR	
(10) Adresse permanente : 17 B Avenue de Triléhaut 29100 PONT-L'ABBÉ Pays : FRANCE N° de téléphone : 06 47 19 21 10		(11) Adresse postale : (si différente) Pays :	
(18) Licence(s) de vol possédées(s) (types) : CPL (A)		Numéro de licence : FRA.FCL-CA00327422	
		Pays de délivrance : AF 2009	
(20) Vous a-t-on refusé, suspendu ou retiré un certificat médical d'aptitude au vol ? <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Date : Lieu : Détails :		(21) Nombre total d'heures de vol : 140 400	
		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 150	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol depuis le dernier examen médical ? <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Date : Lieu : Détails :		(23) Types d'avions actuellement utilisés : Pentron	
		(25) Type de vol envisagé : IFR	
(27) Alcool - Consommation journalière moyenne : /		(28) Faites-vous habituellement usage de médicaments ? <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Nature et dose du médicament / début de l'utilisation / motif :	
(29) Êtes-vous fumeur ? Oui <input type="checkbox"/> Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Quantité : Date de l'arrêt :			
		(19) Conditions, limitations, dérogations : <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Détails :	
		(16) Employeur : /	
		(17) Date du dernier examen médical : Date : 5-11-2012 Lieu ROISSY	

Antécédents généraux et médicaux : avez-vous des antécédents connus d'une des maladies suivantes ?

À 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 checked="" type="checkbox"/>	(113) Traumatisme crânien	<input checked="" type="checkbox"/>	(124) Positivité au test VIH	<input checked="" type="checkbox"/>	Pour les femmes seulement	
(102) Avez-vous porté ou portez-vous des lunettes et/ou des verres de contact	<input checked="" type="checkbox"/>	(114) Maux de tête fréquents ou graves	<input checked="" type="checkbox"/>	(125) Maladie sexuellement transmissible	<input checked="" type="checkbox"/>	(150) Affection gynécologique	<input checked="" type="checkbox"/>
		(115) Accès de vertige/évanouissement	<input checked="" type="checkbox"/>	(126) Hospitalisation	<input checked="" type="checkbox"/>	(151) Grossesse en cours	<input checked="" type="checkbox"/>
(103) Modifications dans la prescription de lunettes depuis le dernier examen	<input checked="" type="checkbox"/>	(116) Perte de conscience quel qu'en soit le motif	<input checked="" type="checkbox"/>	(127) Toute autre maladie ou blessure	<input checked="" type="checkbox"/>	Antécédents familiaux	
(104) Allergie, rhume des foins, eczéma	<input checked="" type="checkbox"/>	(117) Affection neurologique : épilepsie, convulsions, paralysie, etc.	<input checked="" type="checkbox"/>	(128) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	<input checked="" type="checkbox"/>	(170) Affection cardiaque	<input checked="" type="checkbox"/>
(105) Asthme, tuberculose ou maladie pulmonaire	<input checked="" type="checkbox"/>	(118) Troubles psychiques de toute espèce : dépression, anxiété, etc.	<input checked="" type="checkbox"/>	(129) Refus d'assurance vie pour motif médical	<input checked="" type="checkbox"/>	(171) Hypertension artérielle	<input checked="" type="checkbox"/>
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	<input checked="" type="checkbox"/>	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	<input checked="" type="checkbox"/>	(130) Refus de licence de vol pour motif médical	<input checked="" type="checkbox"/>	(172) Taux élevé de cholestérol	<input checked="" type="checkbox"/>
(107) Hypertension artérielle	<input checked="" type="checkbox"/>	(120) Tentative de suicide	<input checked="" type="checkbox"/>			(173) Épilepsie	<input checked="" type="checkbox"/>
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	<input checked="" type="checkbox"/>					(174) Maladie mentale	<input checked="" type="checkbox"/>
(109) Diabète, désordre hormonal	<input checked="" type="checkbox"/>	(121) Mal des transports nécessitant médication	<input checked="" type="checkbox"/>			(175) Diabète	<input checked="" type="checkbox"/>
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	<input checked="" type="checkbox"/>	(122) Anémie, autre maladie sanguine	<input checked="" type="checkbox"/>	(132) Exemption ou réforme du service national pour motif médical	<input checked="" type="checkbox"/>	(176) Tuberculose	<input checked="" type="checkbox"/>
(111) Baisse de l'audition ou maladie des oreilles	<input checked="" type="checkbox"/>	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	<input checked="" type="checkbox"/>	(133) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	<input checked="" type="checkbox"/>	(177) Allergie/asthme/eczéma	<input checked="" type="checkbox"/>
(112) Affection de la gorge ou du nez, trouble du langage	<input checked="" type="checkbox"/>					(178) Maladie héréditaire	<input checked="" type="checkbox"/>
						(178) Glaucome	<input checked="" type="checkbox"/>

(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 déjà signalés. Ce formulaire et ses annexes sont adressés au pôle médical de la DSAC/PN, 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 conseil médical de l'aéronautique civile.

Date : / /
Jour mois année

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

30.10.2013

[Signature]

[Signature]
D.P. JOURDAN
direction générale
de l'aviation civile
18-F-05

RAPPORT D'EXAMEN MÉDICAL

LE BRUN LOUPOT

Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

Secret médical

Clément

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES

Nom : **LE BRUN LOUPOT** N° le: 12/11/1989 **12210** Date de naissance (Jour/ Mois /Année):
 À: QUIMPER (29) Lieu de naissance

(201) Catégorie d'examen	(202) Taille	(203) Poids	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis)		(207) Pouls au repos	
					Systolique	Diastolique	Pulsations/min	Rythme
<input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Approfondi <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement ou Revalidation <input type="checkbox"/> Recours spécial	186 cm	85 kg	Marron	brun	120	70	59	sin

Examen clinique: Cochez chaque item

	Normal	Anormal		Normal	Anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	<input checked="" type="checkbox"/>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input checked="" type="checkbox"/>	
(209) Bouche, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input checked="" type="checkbox"/>	
(201) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>		(220) Système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>	
(211) Oreilles, tympanes, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>		(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" type="checkbox"/>	
(212) Yeux - orbites et annexes, champs visuels	<input checked="" type="checkbox"/>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input checked="" type="checkbox"/>	
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>	
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>		(224) Neurologie - réflexes etc -	<input checked="" type="checkbox"/>	
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>		(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>	
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>	
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>		(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>	

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

(206) PPC = 7-8cm.
RAS.

tel que vu par
sy course

Acuité visuelle (Ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(229) (de loin à 5m / 6m en dixième) Lunettes / Contact

Oeil droit, sans correction	9	corrigée à	
Oeil gauche, sans correction	10	corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	10	corrigée à	

(230) intermédiaire

N14 lue à 100 cm	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Oeil droit,	<input checked="" type="checkbox"/>			
Oeil gauche,	<input checked="" type="checkbox"/>			
Vision binoculaire,	<input checked="" type="checkbox"/>			

(231) de près

N5 lue à 30-50 cm	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Oeil droit,	<input checked="" type="checkbox"/>			
Oeil gauche,	<input checked="" type="checkbox"/>			
Vision binoculaire,	<input checked="" type="checkbox"/>			

(232) Lunettes (233) Lentilles de contact

Oui Non Oui Non

Type : Réfraction éventuelle OD GD

(234) Audition (Ne pas remplir ici lors des examens approfondis) (si 241 pas fait)

Voix de conversation perçue à 2 m le dos tourné à l'examineur	Oreille droite	Oreille gauche				
	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Audiométrie éventuelle						
HZ	500	1000	2000	3000	4000	5000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(235) Analyse d'urine

Normale Anormale

Glucose	Albumine	Sang	Autres
0	0	0	

(236) Fonction respiratoire - (Peak flow) - (237) Hémoglobine

(l/min) (g/dl)

Normale anormale Normale anormale

16,3

Rapports annexés

	Date	Normal	Anormal
(238) ECG	30.10.13	<input checked="" type="checkbox"/>	
(239) Audiogramme			
(240) Examen Ophtalmologique			
(241) Examen ORL			
(242) RX thorax			
(243) Lipides sanguins			
(244) Fonction respiratoire			
(245) Electro-encéphalogramme			
Autres			

(246) Perception des couleurs

Tables pseudo-isochromatiques Type ISHIHARA

Nombre tables présentées: Nombre d'erreurs:

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

[Signature]

APTE CEMATB

(247 bis) Décision du médecin-chef du CEMPN

Restrictions: (à reporter sur le certificat d'aptitude)

APTE INAPTE

- Port obligatoire d'une protection optique (+ lunettes de secours en cabine)

- Durée de validité limitée à ...

Demande de dérogation d'aptitude du C.M.A.C. OUI NON

JAR FCL paragraphe: Si une dérogation d'aptitude a été délivrée antérieurement par le C.M.A.C. 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

(248) Commentaires, restrictions, limitations :

Apté class 1 -> 21.10.2014

Docteur JG MOUCHARD
 Médecin Directeur
 Aero Medical Center
 UE-F-05

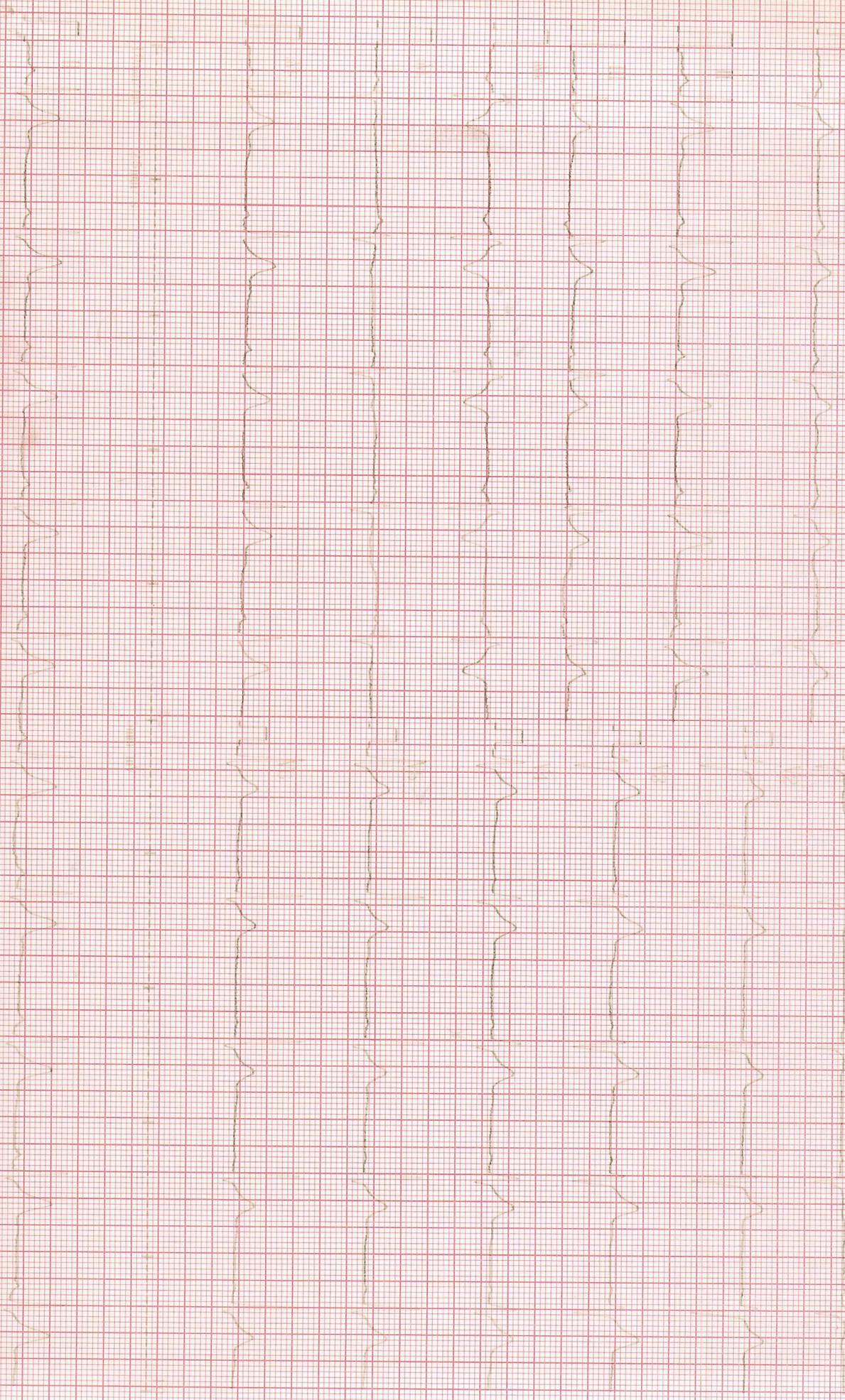
(249) Déclaration du médecin-chef du CEMPN

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) Lieu et date: **Quimper - 30.10.2013** Nom et adresse du médecin-chef du CEMPN Cachet du médecin-chef du CEMPN et signature

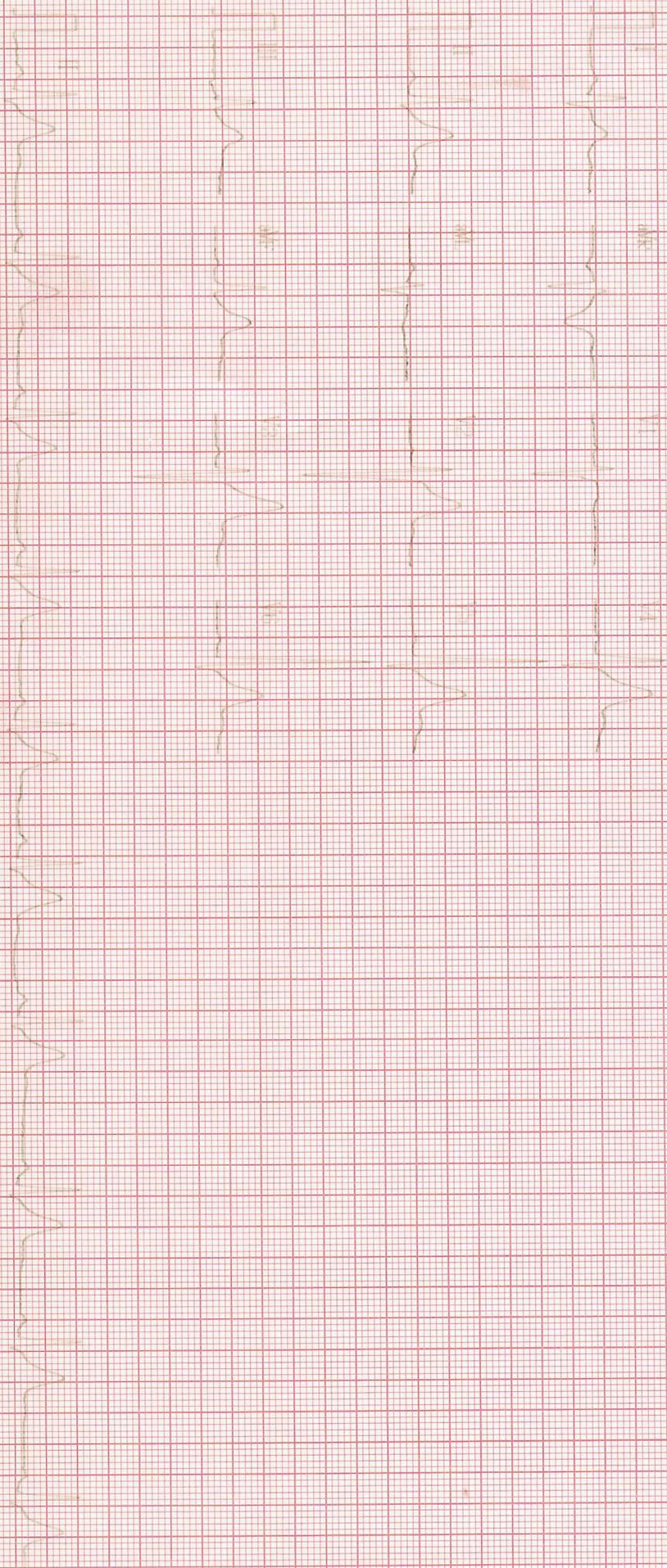
LE BRUN LOUPOT
Clément
Né le: 12/11/1989
A: QUMPER (29)
12210

12210



LE BRUN LOUPOT
Clément
Né le: 12/11/1989
A. QUIMPER (29)

12210



A joindre à la licence
Pertaining to the flight crew licence

JAA

Délivré conformément aux exigences du JAR
FCL 3 pour les licences ATPL CPL et F/EL.
(Issued in accordance with JAR FCL3
requirements for ATPL CPL and F/EL licences.)

CLASSE 1
CLASS 1

CERTIFICAT MÉDICAL
Medical certificate

REPUBLIQUE FRANÇAISE
DIRECTION GÉNÉRALE DE L'AVIATION CIVILE
CIVIL AVIATION ADMINISTRATION - France

I Pays de délivrance / State of issue
FRANCE

III N° de licence / Licence number
FRA.FCL.CA00317422

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

XIV Date de naissance / Date of birth
12/11/1989 - QUIMPER (29)

V Adresse / Address
29120 PONT LABBÉ
FRANCE

VI Nationalité / Nationality
F (FRANCE)

VII Signature du titulaire / Signature of holder

Aero Medical Center
UE-F.05

European Union
Medical Certificate
Issued in accordance with PART-MED
Complies with ICAO standards
Except for the LAPL medical certificate

Autres remarques/Further remarks :

VIII Autorité émettrice / Issuing authority
CEMA Toulouse-Blagnac
UE-AMC-F.05

II Certificat Médical de classe 1
Medical Certificate class 1

IX Date de fin de validité / Validity expiry date
31 / 10 / 2014

X Date de délivrance et signature du médecin responsable / Date of issue and signature of issuing medical officer
30 / 10 / 2013

XI **Dr. Jean-C. MOUCHARD**
Médecin Directeur
Aero Medical Center
UE-F-05

MEDICAL CERTIFICATION
SUMMARY OF MINIMUM PERIODIC REQUIREMENTS

CLASS 1 CPL, ATPL	Initial : AMC Renewal : AMC	VALIDITY OF CERTIFICATE ROUTINE MEDICAL EXAMINATION	Haemoglobin	Chest X-ray	Electrocardiogram (for multi-pilot operation 50-60 annually)	Audiogram	Comprehensive otorhinolaryngological examination	Comprehensive ophthalmological examination	Lipid profile	Pulmonary function tests	Urinanalysis
		Under 40 - 12 months 40 plus - 6 months (Single pilot operation) 40 plus - 12 months (Multi pilot operation) 60 plus - 6 months (Single and multi pilot operation)	Every examination	At initial	At initial then under 30 - 5 yearly 30-39 - 2 yearly 40-49 - annually 50 plus - 6 monthly	At initial then under 40 - 5 yearly 40 plus - 2 yearly	At initial then under 40 - 5 yearly 40 plus - 2 yearly	At initial then under 40 - 5 yearly 40 plus - 2 yearly	At initial then at age 40	At initial then peak flow at age 30, 35, 40, then 4 yearly	Every examination

Any test may be required at any time if clinically indicated

Examen médical initial / Initial medical examination
Date / Date
03/09/2009
FRANCE-PARIS

Date de Date of	Dernier Last	Prochain Next
Examen médical approfondi / Extended medical examination		
Examen médical général / Medical general examination	30/10/2013	31/10/2014
Electrocardiogramme / Electrocardiogram	30/10/2013	31/10/2018
Audiogramme / Audiogram		31/10/2018

Le porteur de ce Certificat Médical est habilité à exercer les privilèges de la licence de vol JAA, sous réserve des limitations et conditions énoncées ci-dessous.
The holder of this Medical Certificate is entitled to exercise the privileges of the related JAA flight crew licence subject to any limitations or conditions listed below.

XIII Limitations ou conditions / Limitations or conditions du ressort du CMA/C conditions CMA/C only

du ressort du CEMA - AMC (port d'une correction optique adaptée, durée de validité limitée) (shall wear corrective lenses, restriction of the period of validity)
Ce certificat est valable pour la classe 2 jusqu'au :
31 / 10 / 2018

This medical certificate is valid for class 2 until: