



FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MÉDICAL

Toulouse Blagnac Aero Medical Center U.E. F 05

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES

Secret médical

(1) Pays de délivrance de licence : FRANCE		Classe du certificat médical sollicité <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Cabin Crew Medical Report	
(3) Nom : LE BRUN LOUPOT		(4) Nom de jeune fille :	(12) Demande pour examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement / Revalidation
(5) Prénoms : Clément Né le: 12/11/1989 12210 À: QUIMPER (29)		(6) Date de naissance : (Jour / Mois / Année)	(7) Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fém.
(8) Lieu et pays de naissance : Quimper (FRA)		(9) Nationalité : FRA	(15) Profession (principale) : Pilote
(10) Adresse permanente : 17 b Avenue de Trébihoret 29 120 - PONT-L'ABBÉ Pays : FRANCE N° de téléphone : 02 98 87 34 60 06 48 19 24 26		(8) Adresse postale : (si différente) Pays :	(16) Employeur : / (17) Date du dernier examen médical : Date : 30-10-2013 Lieu : TOULOUSE
(18) Licence(s) de vol possédées(s) (types) : Numéro de licence : OK Pays de délivrance : OK		(19) Conditions, limitations, dérogations : <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Détails :	
(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 : 400 600	(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 250
(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 : Airbus E175	
(27) Alcool - Consommation journalière moyenne : /		(25) Type de vol envisagé : TAP	
(29) Êtes-vous fumeur ? Oui <input type="checkbox"/> Quantité : Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt :		(26) Activité aérienne actuelle : <input checked="" type="checkbox"/> Pilote seul <input type="checkbox"/> Équipage multipilotes <input type="checkbox"/> Cabin Crew	
		(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 :	

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"/>	Antécédents familiaux	
(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"/>	(170) Affection cardiaque	<input checked="" type="checkbox"/>
		(115) Accès de vertige/évanouissement	<input checked="" type="checkbox"/>			(171) Hypertension artérielle	<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"/>	(126) Hospitalisation	<input checked="" type="checkbox"/>	(172) Taux élevé de cholestérol	<input checked="" type="checkbox"/>
(104) Allergie, rhume des foies, eczéma	<input checked="" type="checkbox"/>	(117) Affection neurologique : épilepsie, convulsions, paralysie, etc.	<input checked="" type="checkbox"/>	(127) Toute autre maladie ou blessure	<input checked="" type="checkbox"/>	(173) Épilepsie	<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"/>	(128) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	<input checked="" type="checkbox"/>	(174) Maladie mentale	<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"/>	(129) Refus d'assurance vie pour motif médical	<input checked="" type="checkbox"/>	(175) Diabète	<input checked="" type="checkbox"/>
(107) Hypertension artérielle	<input checked="" type="checkbox"/>	(120) Tentative de suicide	<input checked="" type="checkbox"/>	(130) Refus de licence de vol pour motif médical	<input checked="" type="checkbox"/>	(176) Tuberculose	<input checked="" type="checkbox"/>
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	<input checked="" type="checkbox"/>					(177) Allergie/asthme/eczéma	<input checked="" type="checkbox"/>
(109) Diabète, désordre hormonal	<input checked="" type="checkbox"/>	(121) Mal des transports nécessitant médication	<input checked="" type="checkbox"/>			(178) Maladie héréditaire	<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"/>	(179) Glaucome	<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"/>			Pour les femmes seulement	
(112) Affection de la gorge ou du nez, trouble du langage	<input checked="" type="checkbox"/>			(133) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	<input checked="" type="checkbox"/>	(150) Affection gynécologique	<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 conseil médical de l'aéronautique civile, 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 : **31 / 10 / 14**
Jour mois année

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

LE BRUN LOUPOT

Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

Clément

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES

Secret médical

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

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Approfondi <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement ou Revalidation <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 186 cm	(203) Poids 85 kg	(204) Yeux couleur brun	(205) Cheveux couleur brun	(206) Tension artérielle (assis) mmHG		(207) Pouls au repos	
					Systolique 110	Diastolique 80	Pulsations/min 70	Rythme sin

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) Bouche, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(201) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) Système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, 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) Neurologie - 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.
NAS. (tabac un jour)
Med O
sp - bonne vita

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

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

(230) intermédiaire Sans correction Avec correction

N14 lue à 100 cm	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 Sans correction Avec correction

N5 lue à 30-50 cm	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 Type: Réfraction éventuelle OD GD

Oui Non Type:

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

Voix de conversation perçue à 2 m le dos tourné à l'examineur Oui Non Oui Non

Audiométrie éventuelle	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite	10	10	5	10	5	5
Oreille gauche	10	10	5	5	5	5

(235) Analyse d'urine Normale anormale

Glucose	Albumine	Sang	Autres
0	0	0	

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

<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> anormale	(l/min)	<input checked="" type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> anormale	(g/dl)
--	---------	---	--------

Rapports annexés

	Date	Normal	Anormal
(238) ECG	31.10.14	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique	h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) RX thorax		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Lipides sanguins		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(244) Fonction respiratoire		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(245) Electro-encéphalogramme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(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

Dr P. JOURDAN **APTE CEMATB**

(247 bis) Décision du médecin-chef du CEMP

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

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 du _____

Certificat : CLASSE 1 CLASSE 2 Cabin Crew

(248) Commentaires, restrictions, limitations:
Apt classe 1 -> 31.10.2015.

(249) Déclaration du médecin-chef du CEMP

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) Lieu et date: **AERO MEDICAL CENTER F 05 TOULOUSE - BLAGNAC** Nom et adresse du médecin-chef du CEMP: **31.10.2014**

Cachet du médecin-chef du CEMP et signature: **Docteur P. MOUCHARD**

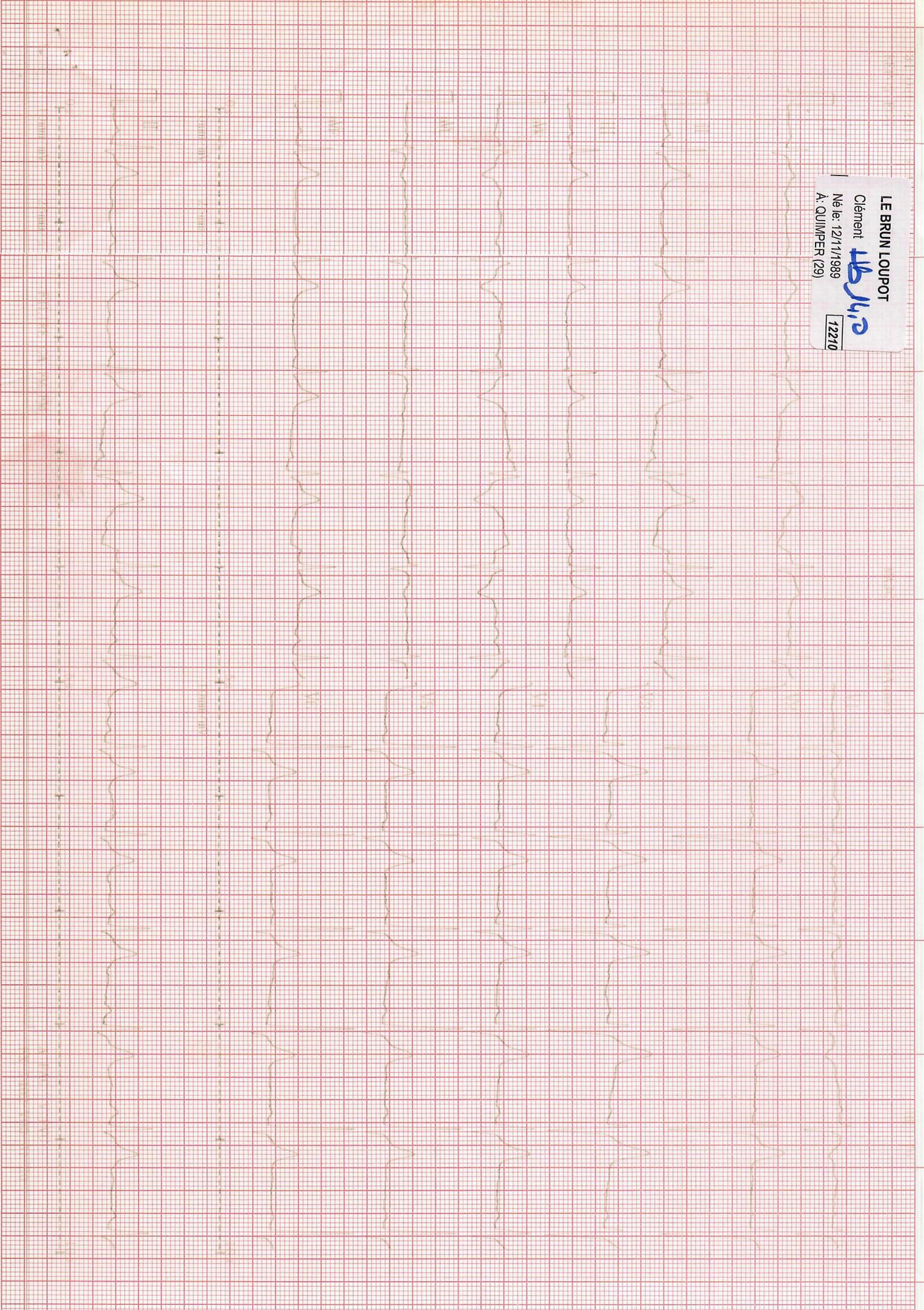
LE BRUN LOUPOT

Clément

Né le: 12/11/1989

À: QUIMPER (29)

12210



TEST BINOCULAIRE FONCTION ESTERMAN

LE BRUN LOUPOT

Clément

Né le: 12/11/1989

À: QUIMPER (29)

12210

NOM

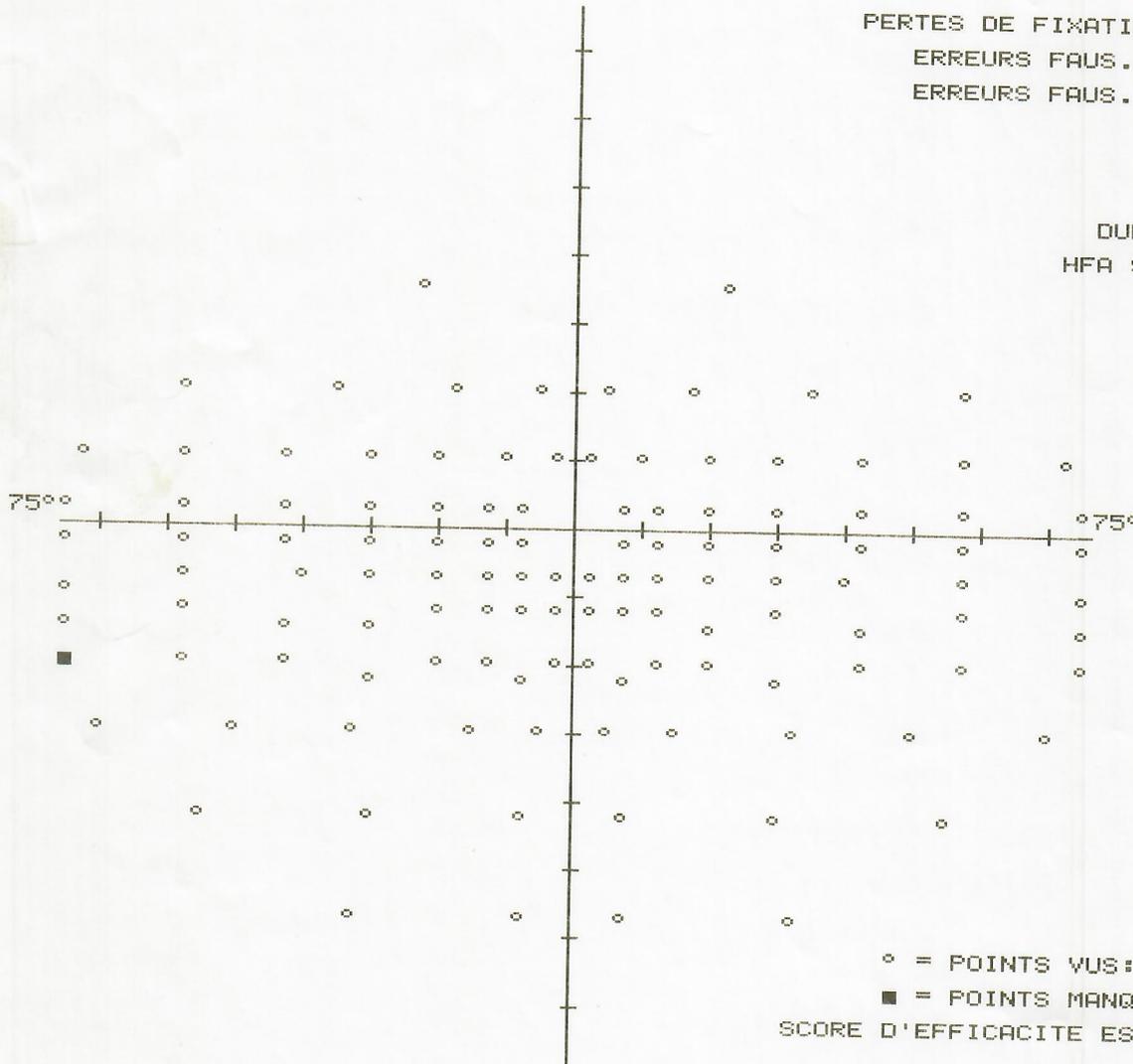
BINOCULAIRE

STIMULUS III, BLANC, FOND 31.5 ASB
 TAILLE TACHE AVEUGLE HORS SERVICE
 CIBLE DE FIXATION CENTRALE
 STRATEGIE INTENSITE SINGULIERE
 INTENSITE DU STIMULUS 10 DB

ID _____ DATE DE NAISSANCE _____
 DATE 31-10-14 HEURE 09:50:01
 DIAM. PUPILLAIRE AV _____
 LENTILLES DS DCX DEG

PERTES DE FIXATIONS 0/0
 ERREURS FAUS. POS. 0/7
 ERREURS FAUS. NEG. 0/4

DUREE 04:30
 HFA S/N 608-3518



○ = POINTS VUS: 119/120
 ■ = POINTS MANQUES: 1/120
 SCORE D'EFFICACITE ESTERMAN: 99

TOUS DROITS RESERVES 1994

REV 9.2

SYM										
ASB	.8 - .1	2.5 - 1	8 - 3.2	25 - 10	79 - 32	251 - 100	794 - 316	2512 - 1000	7943 - 3162	2 - 10000
DB	41 50	36 40	31 35	26 30	21 25	16 20	11 15	6 10	1 5	10

HUMPHREY INSTRUMENTS
 UNE COMPAGNIE DU
 GROUPE CARL ZEISS

MEDICAL CERTIFICATION
SUMMARY OF MINIMUM PERIODIC REQUIREMENTS

CLASS 1 CPL, ATPL	Initial : AMC Renewal : AMC	ISSUE OF MEDICAL CERTIFICATE	VALIDITY OF CERTIFICATE	ROUTINE MEDICAL EXAMINATION	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)	Haemoglobin	Chest X-ray	Electrocardiogram	At initial then under 30 - 5 yearly 30-39 - 2 yearly 40-49 - annually 50 plus - 6 monthly	Audiogram	At initial then under 40 - 5 yearly 40 plus - 2 yearly	Comprehensive otolinolaryngological examination	At initial then under 40 - 5 yearly 40 plus - 2 yearly	Comprehensive ophthalmological examination	Lipid profile	At initial then at age 40	Pulmonary function tests	At initial then peak flow at age 30, 35, 40, then 4 yearly	Every examination	Urinalysis
----------------------	--------------------------------	------------------------------	-------------------------	-----------------------------	--	--	------------------------------------	-------------	-------------	-------------------	---	-----------	--	--	--	---	---------------	---------------------------	--------------------------	---	-------------------	------------

Any test may be required at any time if clinically indicated

Aero Medical Center
UE-F.05

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

Autres remarques/Further remarks :

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

CERTIFICAT MÉDICAL
Medical certificate

CLASSE 1
CLASS 1

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.)

A joindre à la licence
Pertaining to the flight crew licence

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 L'ABBÉ
FRANCE

VI Nationalité / Nationality
F (FRANCE)

VII Signature du titulaire / Signature of holder

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

II Certificat Medical de classe 1
Medical Certificate class 1

IX Date de fin de validité / Validity expiry date
31 / 10 / 2015

X Date de délivrance et signature du médecin responsable / Date of issue and signature of issuing medical officer
31 / 10 / 2014

XI Cachet / Stamp
Dr. Jean G. MOUCHARD

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

Examen médical initial / Initial medical examination Date / Date	Pays / State of issue	Date de Date of	Dernier Last	Prochain Next
03/09/2009	FRANCE-PARIS	Examen médical approfondi / Extended medical examination	31/10/2014	31/10/2015
		Examen médical général / Medical general examination	31/10/2014	31/10/2015
		Electrocardiogramme / Electrocardiogram	31/10/2014	31/10/2015
		Audiogramme / Audiogram		31/10/2015

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 C/MAC / C/MAC only

du ressort du CEMA - AMC (port d'une correction optique adaptée, durée de validité limitée) (small wear corrective lenses, restriction of the period of validity)

Ce certificat est valable pour la classe 2 jusqu'au :
08 / 04 / 2017

This medical certificate is valid for class 2 until: