

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

A compléter intégralement par le personnel navigant professionnel ou privé de l'aviation civile
Destinée au Pôle Médical de la DSAC/PN 82 rue des Pyrénées 75970 Paris Cedex 20 – Fax : 01 70 64 27 21

NOM USUEL : Voyard - Lames NOM DE NAISSANCE : Voyard - Lames

PRENOMS : Julien

SEXE : Masculin Féminin DATE de naissance : 31/01/2000 LIEU de naissance : Erment

ADRESSE PERSONNELLE 6 rue d'Andilly

Code Postal 95.230 Ville Soisy - sous - Montmercy Pays France

Téléphone portable : 06 - 27 - 88 - 09 - 25 Téléphone fixe : 01 - 34 - 12 - 70 - 45

Adresse électronique : julienvoyardlames@gmail.com

Cochez les cases utiles SVP

Je suis déjà titulaire d'une ou plusieurs licences :

- ATPL(A) CPL(A) ATPL(H) CPL(H)
- Personnel d'essais réception ; précisez l'activité SVP :
- Parachutiste professionnel
- Pilote privé avion - PPL(A) Brevet de base LAPL avion - LAPL(A)
- Pilote privé hélicoptère - PPL(H) Pilote de planeur - SPL
- Pilote de ballon libre - BPL
- Autre (précisez SVP) :

- Qualifications : Aucune
- Voltige aérienne Vol de nuit Vol de montagne IFR
- Remorquage planeurs ou banderoles Instructeur Autre :

Je suis candidat à l'obtention de l'une des licences citées ci-dessus :

Précisez laquelle SVP : ATPL (A)

Je suis déjà membre d'équipage de cabine (CCA)

Je suis candidat à l'obtention du titre de membre d'équipage de cabine (CCA)

Nombre d'heures de vol : de sauts : d'ascensions :

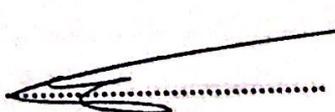
Date de fin de validité du certificat médical en cours (ou si caduc du précédent certificat) : 25/04/2023

J'ai une activité de pilote militaire actuelle passée Heures de vol à titre militaire

Date de ma visite médicale : 25/07/2021 Nom de l'AeMC/AME : C.E.H.P.N.

Je demande le transfert de mon dossier au Pôle Médical de la DSAC/PN

- Dans le cadre d'un renvoi / concertation au / avec le Pôle Médical
- Dans le cadre d'une demande de réexamen de mon dossier par le Pôle Médical
- Afin qu'il soit transmis au Conseil Médical de l'Aéronautique Civile dans le cadre :
- D'une demande de dérogation
- D'une demande de recours
- D'une demande d'incapacité définitive à mes fonctions (personnels navigants professionnels uniquement)
- D'une demande de réexamen de mon dossier par le CMAC

Fait à : Soisy Le : 25/02/2021 Signature : 

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence : FRANCE		(13) N° référence:	
(3) Nom : VOYARD-LAUNES		(2) Certificat médical sollicité: <input checked="" type="checkbox"/> Classe 1 <input type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/>	
(5) Prénom(s) : JULIEU		(4) Nom de naissance : VOYARD-LAUNES	(12) Genre sollicité <input checked="" type="checkbox"/> initial <input type="checkbox"/> renouvellement/prorogation
(6) Date de naissance : 31/01/2000		(7) Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	(14) Type de licence désirée : ATPL
(8) Lieu et pays de naissance : ERMOUT FRANCE		(9) Nationalité : FRANCE	
(10) Adresse permanente : 6 rue d'andilly soisy 95230 Pays : FRANCE		(11) Adresse postale (si différente) : 20 rue Albert Joly Versailles Pays : FRANCE	
(18) Licence(s) de vol possédée(s)		(16) Employeur :	
types		Numéro de licence	
Pays de délivrance		(17) Dernier examen médical : CLASSE 2	
		Date : 25/04/2018	
		Lieu : CLAY POTOISE	
		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :	
(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 :	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : _____ Lieu : _____		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt : _____ Oui <input type="checkbox"/> type et quantité :		(25) Type de vol envisagé :	
		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input 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		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"/>	Antécédents familiaux			
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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) 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"/>	
									A remplir uniquement pour les femmes			
									(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 :
107 = hypertension

(31) Déclaration : Le soussigné(s), déclare avoir répondu de façon exacte aux questions qui ont été posées lors du présent examen et ne pas avoir connaissance de troubles de son 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 A LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MEDICALES : 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 participants dans le but d'obtenir une évaluation ad hoc 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, sans préjudice 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 sollicité, l'ARAMEL130 peuvent être stockées électroniquement et mis à la disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MED.A.035 (2) (a) / (ii) ainsi qu'aux services médicaux des autorités compétentes des Etats membres avec de faciliter l'application de l'ARAMEL130 (2) (4).

Date : **25/02/2021**

Signature du demandeur : _____

Signature du médecin examinateur : _____
GEMA 18-01



VOYARD-LANNES
JULIEN
Né(e) le : 31/01/2000 15624
ERMONT

APPORT 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: Initial, Prorogation, Renouvellement, Recours spécial
 (202) Taille: 168 cm
 (203) Poids: 90,4 kg
 (204) Yeux couleur: Marron
 (205) Cheveux couleur: Brun
 (206) Tension artérielle (assis) mmHg: Systolique 147, Diastolique 95
 (207) Pouls au repos: Pulsations (bpm) 55, Rythme régulier, 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 type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input type="checkbox"/>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input checked="" type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input 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 ayant chaque commentaire
 222 Impuberté gen. Valogrum. EPC (ATPL) abject. Tuberc = 0. Arc = aal. III = 0. Spaut = 7000. Sexe complet.

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)
 (229) (de loin à 5m/6m en dixième) Lunettes/Contact
 Oeil droit sans correction: Corrigée à
 Oeil gauche sans correction: Corrigée à
 Vision binoculaire, sans correction: Corrigée à
 (230) Vision Intermédiaire
 N14 lu à 100cm: sans correction (Oui/Non), avec correction (Oui/Non)
 Oeil droit: [] [] [] []
 Oeil gauche: [] [] [] []
 Vision binoculaire: [] [] [] []
 (231) de près
 N5 lu à 30 - 50cm: sans correction (Oui/Non), avec correction (Oui/Non)
 Oeil droit: [] [] [] []
 Oeil gauche: [] [] [] []
 Vision binoculaire: [] [] [] []
 (232) Lunettes: Oui [] Non []
 (233) Lentilles de contact: 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-réalisés) Oreille droite Oreille gauche
 Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur: Oui [] Non []
 Audiométrie éventuelle: Hz 500 1000 2000 3000 4000 6000
 Oreille droite: [] [] [] [] [] []
 Oreille gauche: [] [] [] [] [] []

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine
 VEMS/CV % Peak Flow (l/min) 150 (g/dl)
 Normal Anormal Normal Anormal

(235) Analyse d'urine Normale Anormale
 Glucose Protéines Sang Autres
 Rapports annexés: Non réalisés Date normal anorm
 (238) ECG: 25-02-21 [] []
 (239) Audiogramme: 25-02-21 [] []
 (240) Examen Ophtalmologique: 25-02-21 [] []
 (241) Examen ORL: 25-02-21 [] []
 (242) Lipides sanguins: 25-02-21 [] []
 (243) Fonction respiratoire: 25-02-21 [] []
 (320) Tonométrie G: D: mmHg [] []
 (244) Divers(Sujet?): [] []

(247 bis) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude
 Avis: APTÉ CEMATB
 Nom: Dr. J. P. CORREA
 Signature: [Signature]
 N° 05115
 CEMATB - 05

(247) 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/CCA

(248) Commentaires, limitations :
 VDC Examen ophtalmo = Anisométrie 8°
 Triple classe 1

(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 : 25-02-21
 Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé:
 Fec: [Signature]
 Telephone: [] E-mail: []
 Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature:
 Dr. J. P. CORREA
 Médecin Chef Suppléant
 Numéro d'AME: []
 GEMA Toulouse
 Réf Rapport examen médical 03.09.2019



RAPPORT D'EXAMEN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE

COMPLÉTER CETTE PAGE DANS SA TOTALITÉ ET EN LETTRES MAJUSCULES

Secret médical

(1) Pays de délivrance de licence:	(2) Classe du certificat médical demandée: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/OCA	
(3) N° VOYARD-LANNES JULIEN	(4) Nom de naissance:	(12) Genre sollicité: <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Renouvellement/prorogation
(5) Pr NÉ(e) le : 31/01/2000 15624 ERMONT	(6) Date de naissance:	(7) Sexe: <input checked="" type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
(401) Consentement à l'envoi de renseignements médicaux: Par la présente, j'autorise la transmission de tout renseignement contenu dans ce rapport et toutes ses annexes à l'AME et, si besoin, au médecin du service aéromédical de l'Autorité, reconnaissant que ces documents ou toutes autres données stockées électroniquement doivent être utilisés pour effectuer une expertise médicale et deviendront et demeureront la propriété de l'Autorité, à la condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès selon le droit national. Le secret médical sera respecté à tout moment. Date: 25/02/2020 (Signature du demandeur:		(13) Numéro de référence : Signature du médecin examinateur (AME): Dr. J.P. Fournier Médecin Généraliste 150816 06113 06113 - 05

(402) Catégorie d'examen: <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(403) Antécédents ORL:
---	------------------------

Examen clinique:
Cocher chaque item

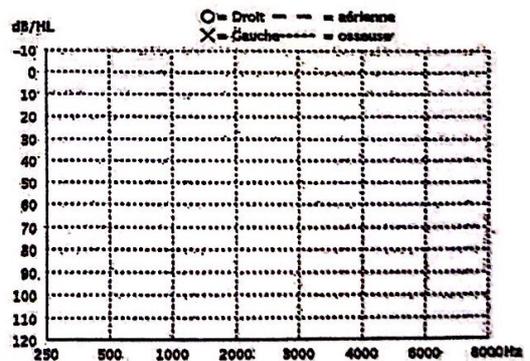
	Normal	Anormal
(404) Tête, visage, cou, cuir chevelu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(405) Cavité buccale, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(406) Pharynx	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(407) Narines et naso-pharynx (y compris rhinoscopie antérieure)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(408) Système vestibulaire, y compris Romberg	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(409) Écoute	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(410) Sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(411) Conduits auditifs externes, tympans	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(412) Otoscopie pneumatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(413) Tympanométrie, y compris la manœuvre de Valsalva (uniquement examen initial)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(419) Audiométrie tonale

db HL (seuil d'audition)

Hz	Conduction aérienne		Conduction osseuse	
	Oreille droite	Oreille gauche	Oreille droite	Oreille gauche
250	0	5		
500	5	5		
1000	5	15		
2000	5	5		
3000	5	5		
4000	0	0		
6000	0	0		
8000	15	20		

(420) Audiogramme



Tests supplémentaires (si indiqués)

	Non effectués	Normal	Anormal
(414) Audiométrie vocale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(415) Rhinoscopie postérieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(416) ENG; nystagmus spontané et positionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(417) Epreuve calorique différentielle - Epreuve vestibulaire rotatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(418) Laryngoscope direct ou indirect	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(421) Remarques et recommandations ORL:

Blank area for remarks and recommendations.

(422) Déclaration du médecin examinateur:

Je certifie avoir personnellement examiné le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent mes constatations d'une manière complète et correcte.

(422) Lieu et date:	Nom et adresse de l'examineur: (en majuscules): Dr. J.P. Fournier Médecin Généraliste 150816 06113 06113 - 05	Cachet et n° de TAME ou du spécialiste:
Signature du médecin examinateur agréé: 	E-mail: Telephone No: Fax No:	Proposition d'aptitude du médecin ORL: <input checked="" type="checkbox"/> Apts <input type="checkbox"/> Inapte



ZODIAC 901 N/S 37874
Casque N/S
Date Cal: 7-Sep-2020

RemC U.E.F. 05

VOYARD-LANNES

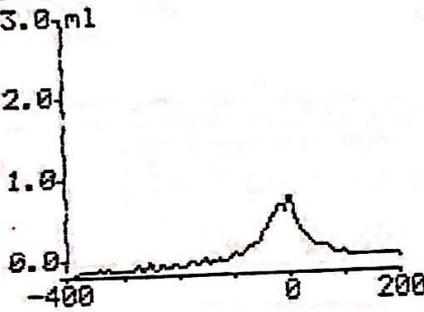
Opérateur: JULIEN
Né(e) le: 31/01/2000 15624
Patient: ERMONT
N du Patient: ..

Date: 25-Fév-2021

Heure 12:44

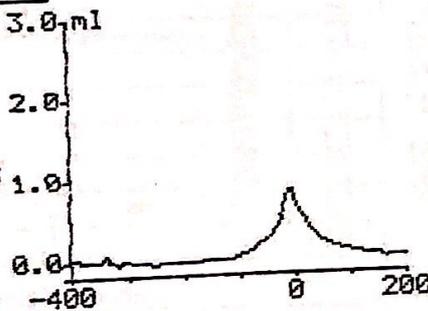
Temp.: FTE-I Gauche

UCA1: 0.91 ml 3.0 ml
UCA2: — ml
POM1: -5 daP
POM2: — daP
POMd: — daP
Vitesse 400 dP/S
Dir.: Nés.



Temp.: FTE-I Droite

UCA1: 0.78 ml 3.0 ml
UCA2: — ml
POM1: -10 daP
POM2: — daP
POMd: — daP
Vitesse 400 dP/S
Dir.: Nés.



RAPPORT D'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

COMPLÉTER CETTE PAGE DANS SA TOTALITÉ ET EN LETTRES MAJUSCULES

(1) Pays de délivrance de licence:		(2) Classe du certificat médical demandée: <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA		Secret médical
(3) Nom usuel: VOYARD-LANNES JULIEN		(4) Nom de naissance:		(12) Genre scolarité: <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Rencouvellement/prorogation
(5) Prénoms: ERMONT		(6) Date de naissance: 31/01/2000 15624	(7) Sexe: <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	(13) Numéro de référence:
(8) Consentement à l'envoi de renseignements médicaux: Par la présente, j'autorise la transmission de tout renseignement contenu dans ce rapport et toutes ses annexes à l'AMIE et, si besoin, au médecin du service aéromédical de l'Autorité, reconnaissant que ces documents ou toutes autres données stockées électroniquement doivent être utilisés pour effectuer une expertise médicale et deviendront et demeureront la propriété de l'Autorité, à la condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès selon le droit national. Le secret médical sera respecté à tout moment. Date: _____ Signature du demandeur: _____ Signature du médecin examinateur (AMIE): _____				

(302) Catégorie d'examen: <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> prorogation <input type="checkbox"/> Rencouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(303) Antécédents ophtalmologiques: Amblyopie OD traitée par optochirurgie A SCAR rééducation à l'optique en Décembre 2020.
--	---

Examen clinique:

Contrôler chaque point

	Normal	Anormal
(304) Yeux, aspect externe & palpaires	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(305) Yeux, segment antérieur (lampe à fente, ophtalmoscope)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(306) Position et mobilité oculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(307) Champs visuels (confrontation)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(308) Réflexes pupillaires	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(309) Fond d'œil (ophtalmoscopie)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(310) Convergence	7 cm	<input type="checkbox"/>
(311) Accommodation	D	<input type="checkbox"/>

Acuité visuelle:

(314) Vision à distance (à 5/6m)

Œil	Sans correction		Lunettes		Lentilles de contact
	Non corrigé	Corrigé à	Non corrigé	Corrigé à	
Œil droit	6 /10	Corrigé à	8 /10		/10
Œil gauche	10 /10	Corrigé à	10 /10		/10
Vision Binoculaire	10 /10	Corrigé à	10 /10		/10

(315) Vision à distance intermédiaire (à 1 m)

Œil	Sans correction		Lunettes		Lentilles de contact
	Non corrigé	Corrigé à	Non corrigé	Corrigé à	
Œil droit	D /10	Corrigé à	D /10		/10
Œil gauche	D /10	Corrigé à	D /10		/10
Vision Binoculaire	D /10	Corrigé à	D /10		/10

(316) Vision de près (à 30-50 cm)

Œil	Sans correction		Lunettes		Lentilles de contact
	Non corrigé	Corrigé à	Non corrigé	Corrigé à	
Œil droit	D /10	Corrigé à	D /10		/10
Œil gauche	D /10	Corrigé à	D /10		/10
Vision Binoculaire	D /10	Corrigé à	D /10		/10

(317) Réfraction

Œil	Sph	Cylindrique	Axe	Addition
Œil droit	+4.25	-0.75	5°	
Œil gauche	+0.75	-0.5	160°	

Prescription optique basée sur la réfraction objective:

(318) Lunettes (319) Lentilles de contact

<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Type: ultra unifocaux	Type: OD +2.25 (-0.50 @ 180)

(320) Tension intra-oculaire

Droit: 14 mmHg	Gauche: 12 mmHg
-----------------------	------------------------

Méthode: **à air**
 Normal Anormal

(318) Perception des couleurs

Planches pseudo-isochromatiques Type: ISHIHARA (24 planches)
nombre de planches présentées: **25** Nombre d'erreurs: **0**

Test approfondi de perception de couleurs indiqués Oui Non
Méthode: Normal Anormal Normal Anormal

Lanterne de Beyne Anomaloscope

Normal Anormal

(321) Remarques et recommandations ophtalmologiques:

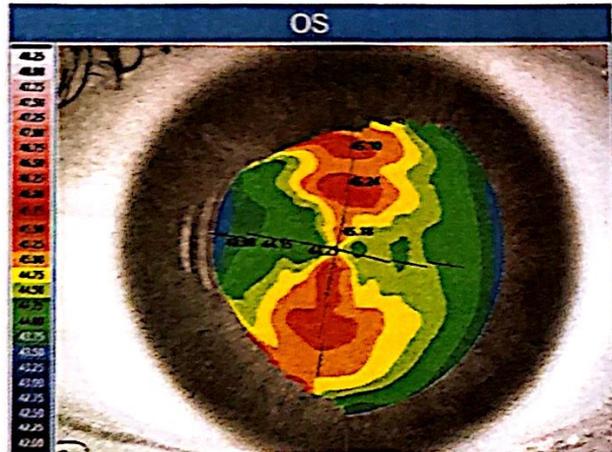
**INO 60° d'axe - Hyphémétropie OD > 2°
A nésométopie > 2°
VDC**

(322) Déclaration du médecin examinateur:

Je certifie avoir personnellement examiné le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes confirment mes constatations d'une manière complète et correcte.

(323) Lieu et date: Toulouse, 25.2.21	Nom et adresse de l'examineur: (en majuscules): Dr Christian HIRSCH-HOFFMANN Ophtalmologiste CEMA - TB	N° d'AMIE ou de spécialiste:
Signature du médecin examinateur agréé: 	E-mail: Telephone No: Fax No:	Proposition d'épitude du médecin ophtalmologiste: <input type="checkbox"/> Apte <input checked="" type="checkbox"/> Inapte

Information Patient			
Patient	VOYARD LANNES Julien	Sexe	M
Patient ID	VOYJul20000131	Date d'Examen	25/02/2021 10:13:58
Date de Naissance	31/01/2000		

MAPPE


D Normalisée - Axiale

D Normalisée - Axiale

Méridiens

3 mm	5 mm	7 mm
44.26 @ 9°	44.18 @ 8°	43.91 @ 6°
45.77 @ 99°	45.56 @ 98°	45.66 @ 96°
-1.52D ax9°	-1.38D ax8°	-1.75D ax6°

3 mm	5 mm	7 mm
44.23 @ 167°	44.15 @ 169°	43.98 @ 172°
45.18 @ 77°	45.24 @ 79°	45.10 @ 82°
-0.95D ax167°	-1.09D ax169°	-1.12D ax172°

Données Cornée

Décentration Cornée	X= -0.46 mm	Y= -0.07 mm
Diamètre	12.07 mm	
Décentration Pupille	H= -0.28 mm	V= -0.07 mm
Diamètre Pupille Moyen	3.40 mm	
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 44.99 D / 3mm: 45.01 D	

Décentration Cornée	X= 0.32 mm	Y= 0.00 mm
Diamètre	12.08 mm	
Décentration Pupille	H= 0.05 mm	V= -0.10 mm
Diamètre Pupille Moyen	3.44 mm	
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 44.72 D / 3mm: 44.70 D	

Détection du Kératocône

AK	AGC	SI	Kpi
47.88 D	1.41 D/mm	-0.06 D	0%
Topographie non compatible avec un kératocône			
A	D	Ro - Teta	Rnd

AK	AGC	SI	Kpi
46.82 D	1.42 D/mm	0.02 D	0%
Topographie non compatible avec un kératocône			
A	D	Ro - Teta	Rnd

Indices de Kérato-Réfraction

SD	SAI	Asph.	Kc
SD = 0.54 D	SAI = 0.27 D	e = 0.35	44.90 D

SD	SAI	Asph.	Kc
SD = 0.48 D	SAI = 0.22 D	e = 0.24	44.71 D

Annotations



Fiche intermédiaire d'examen de la santé mentale

VOYARD-LANNES

Idats à l'admission CL1 en AeMC

- SECRET MEDICAL

NOM :

JULIEN

Né(e) le : 31/01/2000 15624

Date de naissance (JJ/MM/AAAA):

Prénoms :

ERMONT

Lieu de naissance:

Pays de naissance:

ATCD médico-psychologiques connus: sur le plan personnel depuis l'enfance: oui non

commentaires:

sur le plan familial (parents, fratrie, oncles, tantes, grands-parents, cousins): oui non

commentaires:

traitements / psychotropes: passé(s) et actuel(s)?: oui non

psychothérapie ou suivi psychologique en cours? oui non

dernière ordonnance?

présentation générale / contact adapté oui non

symptômes cognitifs? oui non

symptômes psychotiques? oui non

troubles de l'humeur? oui non

troubles anxieux? oui non

trouble des conduites? oui non

troubles des conduites alimentaires: oui non IMC?

tests sanguins:	NFS	GGT	ASAT	ALAT	EAL	CDT
Nle	<input type="checkbox"/>					
aNle	<input type="checkbox"/>					

tests urinaires: cannabis (seuil THC > 50 ng/ml) positif négatif cocaïne (seuil > 300 ng/ml) positif négatif autre?:

signes d'appel à l'examen somatique: oui non

évaluation de la motivation aéronautique, du désir de devenir pilote professionnel?:

expérience aéronautique (heures de vol)?

A déjà commencé ATPPL en Jan 2021

autre / commentaires:

Nom, date et signature du médecin examinateur

Conclusion: - absence d'antécédent, d'anomalie décelable, motivation adaptée, etc...

- ou bien:

- renvoi au pôle

- bilan avec un psychiatre ou un psychologue clinicien au fait du milieu aéronautique (ayant bénéficié d'une formation agréée par la DGAC)

- CAT à discuter en staff

- autre:

Nom:

date: 25 02 21

Signature:

DR. J.P. VOYARD
Médecin Aéronautique
N° 00016
CEMA YB - 08

Rapport ECG 12 dériv

N° VAYARD - LARVIERE .

ID patient: 18

ambul.ID :

N° de salle :

Département :

FC : 68bpm
P : 85ms
FP : 142ms
QRS : 99ms
QT/QTc : 370/394ms
P/QRS/T : 65/73/39deg.
RV5/SV1 : 1.113/0.995mV

Nom infos diagn.:

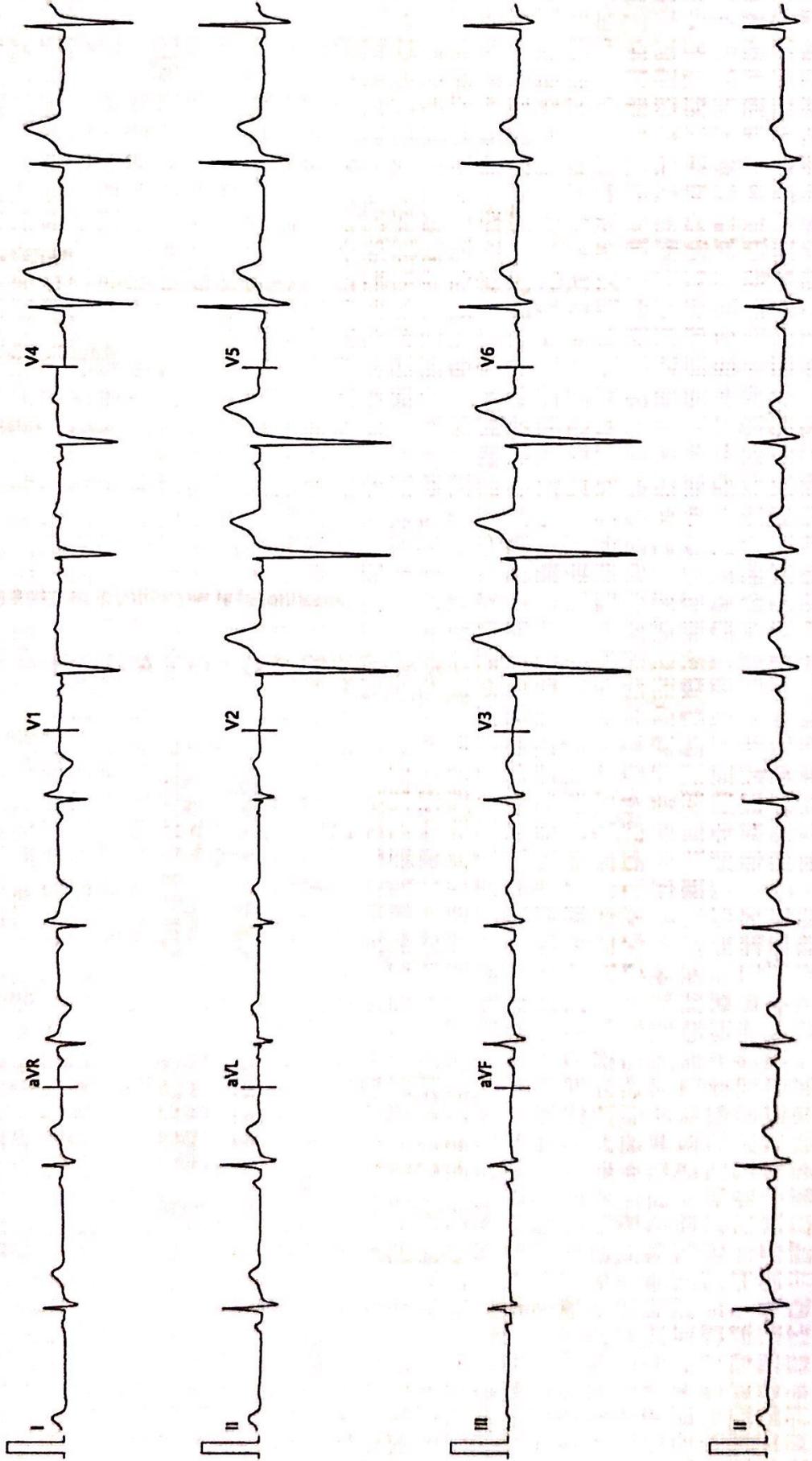
Arythmie de sinus

Philippe Larvrière
Médecin Cardiologue
N° 00318
GEMA 1B - 05

Rapp. confirmé par:

10mm/mV

25mm/s



LABORATOIRE DES CEDRES

Membre du Groupe INOVIE



Association COBRAC n° 81426
N° 1818 n° 1818 n° 1818 n° 1818 n° 1818 n° 1818
Laboratoire de Biologie Médicale multisite



Eric CARRIER **Corinne DELAUX** **Yves DAHAN** **Catherine ARMENGOI** **Bénédicta NOËL** **Ludovic MEROT** **Martial CHEYROLUX** **Thomas MIGNOT**
Biologie Médicale - Biologie Moléculaire - Biologie Cellulaire - Biologie Chimique - Biologie des Maladies - Biologie des Tissus - Biologie des Fluides - Biologie des Cellules - Biologie des Molécules - Biologie des Pathogènes - Biologie des Médecins - Biologie des Pharmaciens - Biologie des Dentistes - Biologie des Opticiens - Biologie des Podologues - Biologie des Kinésithérapeutes - Biologie des Ergonomes - Biologie des Psychologues - Biologie des Sociologues - Biologie des Juristes - Biologie des Philosophes - Biologie des Religieux - Biologie des Artistes - Biologie des Sportifs - Biologie des Militaires - Biologie des Politiciens - Biologie des Journalistes - Biologie des Chercheurs - Biologie des Enseignants - Biologie des Apprenants - Biologie des Citoyens - Biologie des Humains - Biologie des Universels

site Clinique des Cedres

Demande : Dr JOURDAN PIERRE
AEROPORT TOULOUSE BLAGNAC BAT 5 HALL B 3EME ETAGE 31700 BLAG

CEMPN - CEMA
AEROPORT DE TOULOUSE BLAGNAC
CS 60030
31701 BLAGNAC CEDEX

Patient : M. VOYARD LANNES JULIEN
Né(e) le 31.01.2000

Dossier N° 0110560019 - 00 reçu le 24.02.2021 à 09:46
Prélevé le 25.02.2021 à 08:00
Edité le 25.02.2021 à 09:53

Prélèvement non effectué et non identifié par le laboratoire.

HEMATOLOGIE (sang)

Intervalle de référence

Antécédents

NUMERATION GLOBULAIRE

(Principe Coulter et photométrie, Beckman DXH-800)

Globules Blancs	5,4	G/L	N: 4,0 à 11,0	6,2 Le 27.05.2019
Globules Rouges	5,22	T/L	N: 4,60 à 6,20	5,31
Hémoglobine	15,0	g/dL	N: 13,0 à 18,0	15,4
Hématocrite	44,4	%	N: 37,0 à 50,0	44,7
Volume Globulaire Moyen	85,1	fL	N: 79,0 à 97,0	84,1
Taux Globulaire Moyen en Hb	28,7	pg	N: 27,0 à 32,0	29,0
Conc Glob Moyenne en Hb	33,8	g/dL	N: 31,0 à 36,0	34,5
Indice distribution GR	12,7	%	N: 12,3 à 17,0	13,2

FORMULE LEUCOCYTAIRE

(DXH-800, Cytométrie de flux)

POLYNUCLEAIRES

Neutrophiles	38,3 % soit	2,07	G/L	N: 1,50 à 7,50	2,65
Eosinophiles	2,2 % soit	0,12	G/L	N: 0,00 à 0,60	0,17
Basophiles	0,7 % soit	0,04	G/L	N: 0,00 à 0,20	0,05
LYMPHOCYTES	47,9 % soit	2,59	G/L	N: 1,10 à 4,40	2,65
MONOCYTES	10,9 % soit	0,59	G/L	N: 0,20 à 0,80	0,68

PLAQUETTES

(Principe Coulter, Beckman DXH-800)

Volume plaquettaire moyen	7,2	fL	N: 7,5 à 11,2	7,3
---------------------------	-----	----	---------------	-----

Jerry

Compte-rendu d'examens biologiques de:

M. VOYARD LANNES JULIEN

Né(e) le 31.01.2000

Dossier N° 0110560019 00 du 25.02.2021 à 09:46

prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE

transmis par CEMPN - CEMA

BIOCHIMIE (sang)

				Intervalle de référence	Antécédents
GLYCEMIE		1,00	g/l	N: 0,70 - 1,10	0,89 Le 27.05.2019
(Colorimétrie, Cobas)	soit	5,55	mmol/l	N: 3,89 - 6,12	
CREATININE		9	mg/l	N: 7 - 12	10
(Colorimétrie cinétique, Cobas)	soit	80	µmol/l	N: 62 - 106	

ESTIMATION DU DEBIT DE FILTRATION GLOMERULAIRE (selon équation CKD-EPI)
DFG 122 ml/min/1,73m²

Stade	DFG (ml/min/1,73 m ²)	Interprétation
1	> ou = 90	Débit de filtration glomérulaire normal
2	60 - 89	Débit de filtration glomérulaire légèrement diminué
3A	45 - 59	Insuffisance rénale modérée
3B	30 - 44	Insuffisance rénale modérée
4	15 - 29	Insuffisance rénale sévère
5	< 15	Insuffisance rénale terminale

ACIDE URIQUE 65 mg/l N: 34 - 70 68
(Colorimétrie enzymatique, Cobas) soit 386,8 µmol/l N: 202,3 - 416,5
Remarque : l'objectif thérapeutique chez un patient goutteux est un taux d'acide urique inférieur à 60 mg/l.

TRIGLYCERIDES 1,29 g/l N: Inf. à 1,98 0,74
(Colorimétrie enzymatique) soit 1,47 mmol/l N: Inf. à 2,26

CHOLESTEROL TOTAL 1,75 g/l N: 1,00 - 2,20 1,75
(Colorimétrie enzymatique, Cobas) soit 4,53 mmol/l N: 2,59 - 5,70

TRANSAMINASE G.O. 26 U/l N: 10 - 50 22
(Colorimétrie IFCC, Cobas)

TRANSAMINASE G.P. 29 U/l N: 10 - 50 23
(Colorimétrie IFCC, Cobas)

G.G.T 37 U/l N: 8 - 61 30
(Colorimétrie enzymatique, Cobas)

ACCREDITATION DU LABORATOIRE

"Le laboratoire des Cèdres multisite est accrédité à 100% dans la norme qualité NF EN ISO 15189. Accréditation n°8-1625, liste des sites accrédités et portée disponibles sur www.cofrac.fr. Cette accréditation est la preuve de la compétence du laboratoire dans tous ces domaines d'activité, toutes les analyses effectuées par le laboratoire sont accréditées."

** Fin de compte rendu **

Je soussigné Dr Patrick CORREA
 Médecin Chef/Directeur/Suppléant de l'AeMC de Toulouse-Blagnac
 Médecin agréé de Classe 1
 Médecin agréé de Classe 2

Certifie que Mr/Mme (nom, prénom) VOYARD-LANVES Julien
Né(e) le 21/01/2000

Candidat à l'obtention :

- D'un certificat médical de Classe 1
 D'un certificat médical de Classe 2 (pilote privé avion ou pilote privé hélicoptère)
 D'un certificat médical de Classe LAPL (LAPL avion)
 D'un certificat médical de Classe 2 (brevet de base, pilote de planeur, pilote de ballon libre)
 D'un certificat d'aptitude personnel d'essais et réceptions
 D'une attestation d'aptitude physique et mentale de membre d'équipage de cabine
 D'un certificat autre : précisez lequel : _____

A été examiné(e) ce jour, le 15 Février 2021

Et qu'il (elle) ne répond pas aux normes d'aptitude médicale prévues par :

- L'annexe IV PART-MED du règlement (UE) N° 1178/2011 de la Commission du 3 Novembre 2011.
 L'arrêté du 27 Janvier 2005 relatif à l'aptitude physique et mentale du personnel navigant technique professionnel de l'aéronautique civile (FCL 3).
 L'arrêté du 2 Décembre 1988 modifié relatif à l'aptitude physique et mentale du personnel navigant technique de l'aviation civile.
 L'arrêté du 4 Septembre 2007 modifié relatif à l'aptitude physique et mentale du personnel navigant commercial.
 L'arrêté du 26 Octobre 2007 relatif à l'aptitude physique et mentale du personnel navigant professionnel l'aéronautique civile (personnels d'essais et réceptions).

Son dossier est transmis au Pôle Médical de la DSAC/PN sous pli confidentiel médical.

Document remis en main propre au candidat (copie adressée au Pôle Médical)

Fait à Blagnac Le 15 Février 2021

Signature et cachet

Dr. P. CORREA
Médecin Chef Suppléant
CEMA Toulouse

COMPTE-RENDU D'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

Nom usuel	VOYARO-LANNES	Date de naissance	31/10/2000
Prénom	Johel	Sexe	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

ANTÉCÉDENT D'INTERVENTION OPHTALMOLOGIQUE : traitement Amblyopie OD, Rééducation décembre 2010

Date : _____ Type : _____ Réfraction antérieure : _____

ŒIL DROIT	ŒIL GAUCHE
Acuité visuelle à 5 mètres sans correction : 6 /10 avec correction : 8 /10	Acuité visuelle à 5 mètres sans correction : 10 /10 avec correction : 10 /10
Acuité visuelle Parinaud 6 à 60 cm oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> → P =	Acuité visuelle Parinaud 6 à 60 cm oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> → P =
Acuité visuelle Parinaud 2 à 30 cm oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> → P =	Acuité visuelle Parinaud 2 à 30 cm oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> → P =
Correction actuelle (en dioptries): +2,25C -0,5 à 180°	Correction actuelle (en dioptries): +0,5C -0,5 à 16° Anisométrie 22'
Puissance réfractive sous cycloplégie :	Puissance réfractive sous cycloplégie :
Port de lentilles : oui <input type="checkbox"/> non <input checked="" type="checkbox"/>	Port de lentilles : oui <input type="checkbox"/> non <input checked="" type="checkbox"/>
Réfraction stable : oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Réfraction stable : oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Tonus : 14	Tonus : 17
Biomicroscopie :	Biomicroscopie :
1) Segment intérieur : res	1) Segment intérieur : res
2) Fond d'œil (verre à trois miroirs) :	2) Fond d'œil (verre à trois miroirs) :
- État de la papille : } rac	- État de la papille : } res
- État du pôle postérieur : } rac	- État du pôle postérieur : } res
- État de la périphérie rétinienne :	- État de la périphérie rétinienne :

Acuité visuelle binoculaire à 5 mètres: sans correction : 10 /10 avec correction : 10 /10

Acuité visuelle binoculaire Parinaud 6 à 60 cm oui non → P = Acuité visuelle binoculaire Parinaud 2 à 30 cm oui non → P =

Équilibre oculomoteur : (si anormal, joindre un bilan orthoptique) PPC: 7 Phories : 2' 4° (AC) T.N.O. : 60'

Champ visuel binoculaire normal : oui non (joindre alors les copies des schémas)

Sens chromatique (tables d'Ishihara) normal : oui non

DATE DE L'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE : 25.2.2021

NOM, TAMPON D'IDENTIFICATION ET SIGNATURE DU MÉDECIN OPHTALMOLOGUE QUI A PRATIQUÉ L'EXAMEN :

Dr Christian HIRSCH-HOFFMANN
Ophtalmologiste
CEMA-TB

Madame Salomé BENOLIEL
ORTHOPTISTE

33, rue de Mora
95880 Enghien les Bains
Tel : 01 39 64 13 08

Enghien les Bains,

le 07/12/2020.

Docteur,

Veuillez trouver, ci-dessous, le compte rendu du bilan orthoptique initial de M^R HENRI-LANNES
Julien

LANG 3/3

WRT 1/1, ABC+, 9/9.

$\frac{ESE}{SC} \left| \begin{array}{c} 0 \\ X'1\bar{a}2 \end{array} \right.$
Roklek RAS

$\frac{ESE}{ASC} \left| \begin{array}{c} 0 \\ X'1\bar{a}2 \end{array} \right.$

$\frac{VR}{ASC} \left| \begin{array}{c} F \\ F \end{array} \right.$



Roc ⊕

PPC mas. (PPC avant rééducation à 10cm).

Poursuite fluide

ADF avant la rééducation : D10 C16

D'12 C'14

après la rééducation : D8 C65

D10 C70

Bonne vision stéréoscopique

Orthoptique en vision de loin, ectopique en VP.

Bonnes amplitudes de fusions ++ après la rééducation

Salomé Benoliel

Orthoptiste

959 20 511

01 39 64 13 08

