

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 : RAIMBAULT		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input checked="" type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/>	
(5) Prénom(s) : BAPTISTE		(4) Nom de naissance RAIMBAULT	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation
(6) Date de naissance 21/06/1990		(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	(14) Type de licence désirée :
(8) Lieu et pays de naissance : FRANCE		(9) Nationalité :	(15) Profession (principale) : PILOTE
(10) Adresse permanente : 3 rue de la salle d'orléans Pays : FRANCE N° de téléphone : 4337705599367 Courriel : baptiste.rimbault@hotmail.fr		(11) Adresse postale : (si différente)	(16) Employeur : AIR SENEGAL
(18) Licence(s) de vol possédé(e)s		(17) Dernier examen médical : Date : Dakar Lieu : 15/03/2021	
types Numéroté de licence Pays de délivrance		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :	
ATPL AA00310598 FRANCE		(21) Nombre total d'heures de vol : 3000 H	
(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 :		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 700 H	
Détails :		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : A320	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :		(25) Type de vol envisagé : transport public	
Détails :		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input checked="" type="checkbox"/>	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		(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 :	
(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 :			

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

A chaque question répondez en cochant OUI ou NON (ou selon ce qui est indiqué). Détaillez dans la rubrique « (30) remarques »

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
(101) Maladie ou opération oculaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(113) Traumatismes crâniens ou commotion	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(124) Test VIH positif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(114) Maux de tête fréquents ou graves	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(125) Maladie sexuellement transmissible	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(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"/>
(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"/>
(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"/>
(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"/>
(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"/>
(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"/>
(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"/>
(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"/>
						Antécédents familiaux (170) Affection cardiaque <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> (171) Hypertension artérielle <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> (172) Taux élevé de cholestérol <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> (173) Epilepsie <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> (174) Maladie mentale/suicide <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> (175) Diabète <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> (176) Tuberculose <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> (177) Allergie/asthme/eczéma <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> (178) Maladie héréditaire <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 :

(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 sanction 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 pertinents dans le but d'obtenir une évaluation 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 MEDA.035 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA MED.150 (c) (4).

Date :

15/03/2022

Signature du demandeur

B. Raimbault

Signature du médecin examinateur

Correa
 Médecin Généraliste
 10 rue de la République
 33000 Bordeaux
 DGAC N° 3857 - FAA 00773

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : Raimbault		Prénoms : Baptiste		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 21/06/1990		Lieu de naissance : Tours Raimbault	
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 172 cm	(203) Poids 73 kg	(204) Yeux couleur bleu	(205) Cheveux couleur Blond	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 110 Diastolique 70	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 59 Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> irrégulier	

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal		normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(209) Cavité buccale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input 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) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

ORL. 3d ans. Air Seryal. A320 121. Celles 10 aut.

**Talbac = +
A-le = acid.
TT = 0
Spat = 4x/sem**

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

Ceil droit sans correction	10	Corrigée à	
Ceil gauche sans correction	10	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à	

(230) **Vision Intermédiaire** N14 lu à 100cm

	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Ceil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ceil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(231) **de près** N5 lu à 30 - 50cm

	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Ceil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ceil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(232) **Lunettes** Type : Oui Non

(233) **Lentilles de contact** Type : Oui Non

Réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter
Ceil droit				
Ceil gauche				

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

Tables pseudo-isochromatiques Type **ISHIHARA**

Nombre de tables présentées **20** Nombre d'erreurs **20**

(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 <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) **Fonction respiratoire** VEMS/CV % Peak Flow (l/min)

(237) **Hémoglobine** (g/dl)

Normal Anormal Normal Anormal Normal Anormal

(248) **Commentaires, limitations :**

Polycémie : 9.5 mg/dl

Apté classe 1 -> 15-07-2023

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

Glucose **0** Protéines **0** Sang **0** Autres

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	15-03-2023	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Fonction respiratoire	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(320) Tonométrie G : D : mmHg	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(244) Divers (Sujet?) :	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Avis : **Apk**

Nom : **Dr Patrick CORREA**

Signature :

Dr Patrick CORREA
Médecin Aéronautique
MD/000 ANAKS/01A/08
DGAC N° 3857 - FAA 00773

(247) **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
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(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 : **15-03-2023**

et lieu : **3, Av. des Ambassadeurs DAKAR SENEGAL**

Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : **Dr Patrick CORREA**

Fax :
E-mail :
Telephone :

Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : **Dr Patrick CORREA**
Médecin Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N° 3857 - FAA 00773

Numéro d'AME :

Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence

FRANCE

I Numéro de certificat / Certificate number

FA-FCL-AA00310598

✓ Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder

RAMBAULT Baptiste

IV Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)

21.06.1990

V Nationalité / Nationality

française

VI Signature du titulaire / Signature of holder

B. Rambaault

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

15 MARS 2023

Classe 1, autres exploitations commerciales /
Class 1 other commercial operations

15 MARS 2023

LAPL / LAPL

15 MARS 2027

XIII Limitations / Limitations
Code - Description / Code - Description

X Date de délivrance / Date of issue

15 MARS 2022

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

XI Cachet / Stamp



Date de l'examen médical /
Date of medical examination

15 MARS 2022

Date du dernier électrocardiogramme /
Date of last electrocardiogram

15 MARS 2022

Date du dernier audiogramme /
Date of last audiogram

01 MARS 2021