

# FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence : <b>FRANCE</b>		(13) N° référence:	
(3) Nom : <b>RAIMBAULT</b>		(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) : <b>BAPTISTE</b>		(4) Nom de naissance <b>RAIMBAULT</b>	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation
(6) Date de naissance <b>21/06/1990</b>		(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	(14) Type de licence désirée : <b>ATPL</b>
(8) Lieu et pays de naissance :		(9) Nationalité : <b>FRANCAIS</b>	(15) Profession (principale) : <b>PILOTE</b>
(10) Adresse permanente : <b>Villa 6 Saly Domaine des orangeurs Pays : SÉNÉGAL N° de téléphone : 77 563 0246 Courriel : baptiste.raimbault@hotmail.fr</b>		(11) Adresse postale : (si différente) <b>3 Rue salle d'asile 56000 Vannes Pays : FRANCE N° de téléphone : +33 970559967</b>	(16) Employeur : <b>AIR - SÉNÉGAL</b>
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types : <b>ATPL</b> Numéro de licence : <b>AA00310508</b> Pays de délivrance : <b>FRANCE</b>		(17) Dernier examen médical : Date : <b>15/03/2023</b> Lieu : <b>DAKAR</b>	
(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 : _____		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : _____ Lieu : _____		(21) Nombre total d'heures de vol : <b>4000h</b> (22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : <b>550h</b>	
(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) : <b>A320</b>	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt : _____		(25) Type de vol envisagé : <b>commercial</b>	
(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 :		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multiopilote <input checked="" type="checkbox"/>	

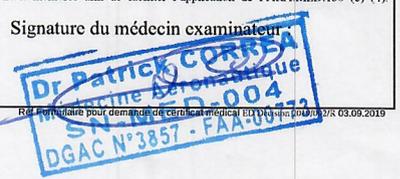
**Antécédents généraux et médicaux : avez vous des antécédents connus d'une des maladies suivantes ?**  
 A chaque question répondez en cochant OUI ou NON (ou selon ce qui est indiqué). Détaillez dans la rubrique « (30) remarques »

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
(101) Maladie ou opération oculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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 foins	<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) Surdit�e 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"/>

(30) Remarques :

(31) Déclaration : Je soussigné(e), déclare avoir répondu de façon sincère aux questions qui m'ont été posées lors du présent examen et ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé autres que ceux que j'ai signalés. Je comprends qu'en cas de fausse déclaration ou erreur, l'autorité de licence peut me retirer tout certificat médical déjà accordé ou refuser de me fournir un nouveau certificat médical, sans préjudice de toute autre action applicable en vertu du droit national. CONSENTEMENT À LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MÉDICALES : En cas de nécessité, j'autorise la transmission de ce rapport et de ses annexes, dans le respect du secret médical, au médecin évaluateur de l'autorité compétente de mon AME ainsi qu'aux professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une évaluation médico-aérienne 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 DONNÉES PERSONNELLES : Je déclare par la présente que j'ai été informé et que je comprends que les données contenues dans mon certificat médical selon l'ARA.MED.130 peuvent être stockées électroniquement et mis à la disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MED.A.035 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des États membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date : **13/02/2024** Signature du demandeur : **B Raimbault** Signature du médecin examinateur : **Dr Patrick CORREA**



# RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : **RAMBAULT** Prénoms : **BAPTISTE** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **21/06/1990**  
 Lieu de naissance : **Tours**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <b>172</b> cm	(203) Poids <b>75</b> kg	(204) Yeux couleur <b>Blu</b>	(205) Cheveux couleur <b>Bland.</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <b>113</b> Diastolique <b>63</b>	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) <b>57</b> 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"/>
(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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input type="checkbox"/>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire  
**OP.L. A en Seygal. A 320. Projet Seygal en cours. 33 ans. Celles 10 eult.**  
**Touche = acc. Ale = acc. III = 0. Spuit = 4x12cm.**

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

Œil droit sans correction	<b>10</b>	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	<b>10</b>	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	<b>10</b>	Corrigée à	

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

	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil 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
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil 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** Oui  Non  Type :  
 Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter  
 Œil droit  
 Œil gauche

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

(313) **Perception des couleurs** Normale  Anormale   
 Tables pseudo-isochromatiques Type I S H I H A R A  
 Nombre de tables présentées **20** Nombre d'erreurs **0**

(234) **Audition** (ne pas remplir ici lors des examens approfondis) (si 239/241 non réalisé)  
 Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur  
 Oreille droite Oreille gauche  
 Oui  Non  Oui  Non

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

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

(237) **Hémoglobine** **15,1** (g/dl)  
 Normal  Anormal

(248) **Commentaires, limitations :**  
**Apte. classe 1 -> 15-03-2025**

(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 : **13-02-2024**  
 et lieu : **Dr Patrick CORREA**  
 Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : **3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL**  
 Fax :  
 Telephone :  
 E-mail :  
 Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : **Dr Patrick CORREA**  
 Numéro d'AME : **SN MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773**

### Formulaire de rapport ECG

6 x 2

Nom: RAIMBAULT, BAPTISTE

ID: 35

Sexe:

Age: 32 ans

Service:

Patient Hôpital n° :

Patient Ext N° :

[Paramètre ECG]

HR: 57 bpm

P: 152 ms

PR: 182 ms

QRS: 108 ms

QT/QTc: 424/412 ms

P/QRS/T: -1/58/12 deg

RV5/SV1: 1.240/-0.477 mV

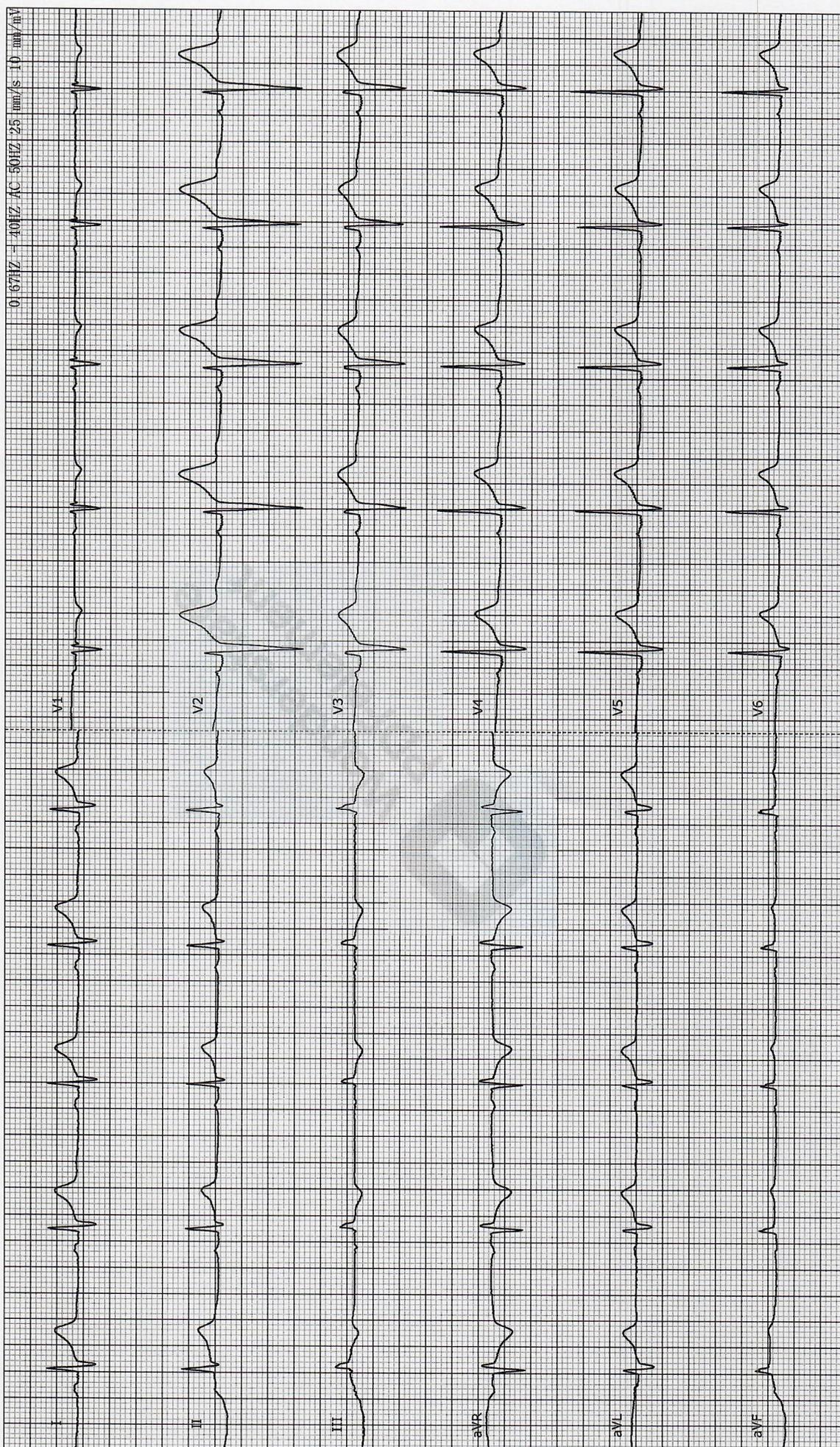
RV5+SV1: 1.717 mV

[Diagnostic ECG]

\*\* ECG anormal \*\*  
Bradycardie sinusale

Heure du contrôle: 2024-02-13 10:41:29

Temps d'impression: 2024-02-13 10:42:19

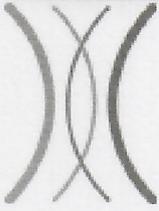


Vérifié par: PATRICK CORREA

Revérifié par:

Important : Tous les paramètres et conclusions doivent être confirmés par un docteur.

# Pure tone audiometry



2AS

Operator : PATRICK CORREA

Patient

**BAPTISTE RIMBAULT**

Date of Birth

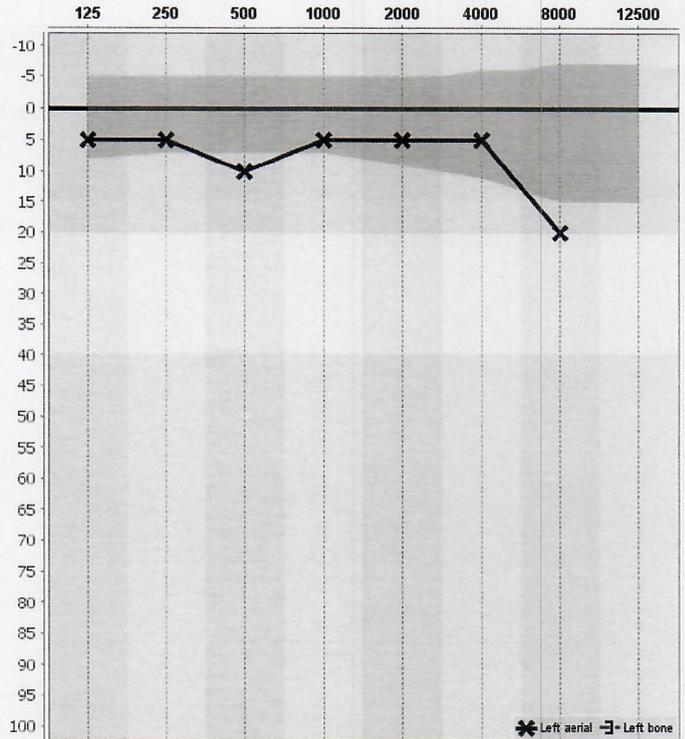
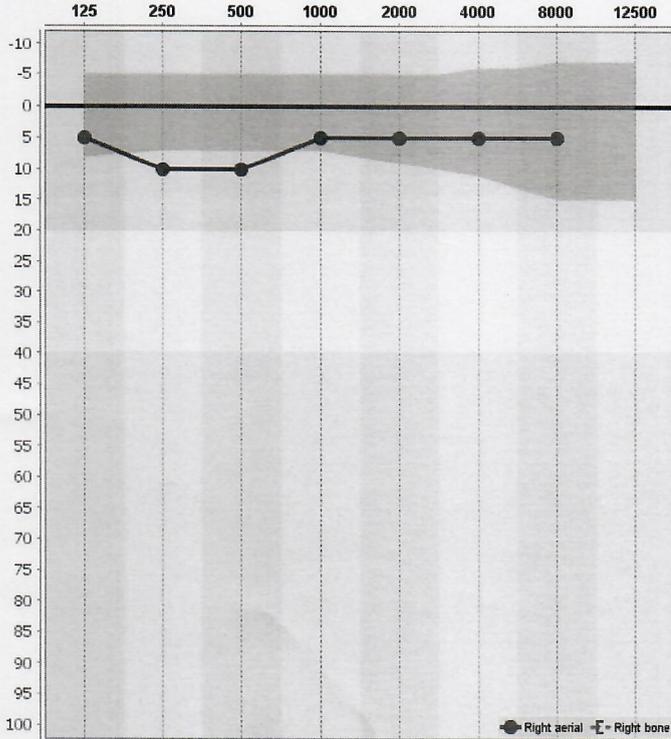
21 Jun 1990

Measurement date

28/02/2023 10:02:48

**Right**

**Left**



	500Hz	1000Hz	2000Hz	3000Hz	4000Hz	6000Hz	8000Hz
<b>Left :</b>	10 dB	5 dB	5 dB	N/C	5 dB	N/C	20 dB
Result: 1+2+3+4+6	Total = N/C						
Unilateral Result: 1+2+3+4	(A)	Total = N/C					
Rapid Hearing Loss: 3+4+6 (compare to previous result; refer >=30dB differ.)					Total = N/C		
<b>Right :</b>	10 dB	5 dB	5 dB	N/C	5 dB	N/C	5 dB
Result: 1+2+3+4+6	Total = N/C						
Unilateral Result: 1+2+3+4	(B)	Total = N/C					
Rapid Hearing Loss: 3+4+6 (compare to previous result; refer >=30dB differ.)					Total = N/C		
Difference between (A) & (B)	N/C	>40dB is a unilateral loss (needs referral for any unknown issues)					
Result Category:	Right = N/C			Left = N/C			
<b>HSE Categorisation</b>	N/C						

Notes

Device used for the measurement  
 Device : OtoWin  
 S/N : 20605 - 014  
 Firmware : : 1.2.0e  
 Hardware : elios3  
 Stimulator : DD45 HI  
 Calibration date : 02/03/2020

délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence

FRANCE

III Numéro de certificat / Certificate number

FRA-ECL-AAA0310598

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

RAIMBAULT Baptiste

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

21/06/1996

VI Nationalité / Nationality

FRAUCRAISE

VII Signature du titulaire / Signature of holder

B. Raimbault

A Joindre à la licence  
Pertaining to a Part-FCL licence

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

CLASSE 1 / 2 / LAPL  
CLASS 1 / 2 / LAPL

CERTIFICAT MÉDICAL  
Medical certificate



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

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 monoplace avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers

15 MARS 2025

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

15 MARS 2025

Classe 2 / Class 2

13 FEV. 2023

LAPL / LAPL

Ann Limitations / Limitations  
Code - Description / Code - Description

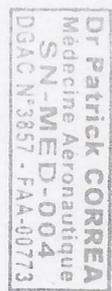
✓

X Date de délivrance / Date of issue

13 FEV. 2024

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

13 FEV. 2024

Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram

13 FEV. 2024

Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram

28 FEV. 2023

MED.A.020 Diminution de l'aptitude médicale  
a) Les titulaires de licence n'exercent à aucun moment les privilèges de leur licence et des qualifications ou certificats qu'ils ont obtenus s'ils :  
(1) ont connaissance d'une quelconque diminution de leur aptitude médicale susceptible de les rendre incapables d'exercer ces privilèges en toute sécurité ;  
(2) prennent ou utilisent des médicaments prescrits ou non prescrits qui sont susceptibles d'influer sur l'exercice en toute sécurité des privilèges de la licence en question ;  
(3) reçoivent tout traitement médical, chirurgical ou autre susceptible d'influer sur la sécurité des vols.  
b) En outre, les titulaires de licence tâchent d'obtenir, sans retard indu, un avis aéromédical :  
(1) s'ils ont subi une opération chirurgicale ou une procédure invasive ;  
(2) s'ils ont entamé la prise régulière d'un médicament ;  
(3) s'ils souffrent de toute blessure importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;  
(4) s'ils souffrent d'une maladie importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;  
(5) en cas de grossesse ;  
(6) s'ils ont été admis dans un hôpital ou une clinique médicale ;  
(7) s'ils ont besoin de verres correcteurs pour la première fois.

MED.A.020 Decrease in medical fitness  
a) Licence holders shall not exercise the privileges of their licence and related ratings or certificates at any time when they :  
(1) are aware of any decrease in their medical fitness which might render them unable to safely exercise those privileges ;  
(2) take or use any prescribed or non-prescribed medication which is likely to interfere with the safe exercise of the privileges of the applicable licence ;  
(3) receive any medical, surgical or other treatment that is likely to interfere with flight safety.  
b) In addition, licence holders shall, without undue delay, seek aero-medical advice when they :  
(1) have undergone a surgical operation or invasive procedure ;  
(2) have commenced the regular use of any medication ;  
(3) have suffered any significant personal injury involving incapacity of function as a member of the flight crew ;  
(4) have been suffering from any significant illness involving incapacity to function as a member of the flight crew ;  
(5) are pregnant ;  
(6) have been admitted to hospital or medical clinic ;  
(7) first require correcting lenses.