

# 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>GARNIER</b>		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input type="checkbox"/> Classe 2 <input checked="" type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/>	
(5) Prénom(s) : <b>Jean-Michel</b>		(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation
(6) Date de naissance : <b>24/04/1961</b>		(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	(14) Type de licence désirée : <b>PPL(A)</b>
(8) Lieu et pays de naissance : <b>Antaya (ALGERIE)</b>		(9) Nationalité : <b>FRANÇAISE</b>	(15) Profession (principale) : <b>DIRECTEUR TECHNIQUE</b>
(10) Adresse permanente : <b>2 Chemin Vallée des Ghénias 89500 LES BORDS</b>		(11) Adresse postale : (si différente)	(16) Employeur : <b>AGL SENEGAL</b>
Pays : <b>FRANCE</b>			(17) Dernier examen médical: Date : <b>09/04/2024</b> Lieu : <b>DAKAR</b>
N° de téléphone : <b>0625527595</b>		Pays : N° de téléphone :	(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> détails : <b>VML</b>
Courriel : <b>jm89g@neuf.fr</b>			
(18) Licence(s) de vol possédée(s)		(21) Nombre total d'heures de vol : <b>700</b>	
types : <b>PPL (A)</b>		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : <b>21</b>	
Numéro de licence : <b>FRAFCL PA00073117</b>			
Pays de délivrance : <b>FRANCE</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: _____			
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: _____			
Détails : _____			
(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : <b>PA.18 DL-400</b>			
(25) Type de vol envisagé : <b>VFR</b>			
(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input checked="" 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:			
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> consommation journalière <b>occasionnel</b> unités			
(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). Déterminez dans la rubrique « (30) remarques »**

	Oui		Non			Oui		Non			Oui		Non		
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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"/>	<b>Antécédents familiaux</b>						
(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 crânien 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 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"/>	(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"/>				
											<b>A remplir uniquement pour les femmes</b>				
											(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 :**

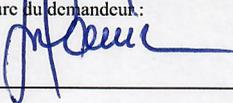
(31) Déclaration : Je soussigné(e), déclare avoir répondu de façon sincère aux questions qui m'ont été posées lors du présent examen et ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé autres que ceux que j'ai signalés. Je comprends qu'en cas de fausse déclaration ou erreur, l'autorité de licence peut me retirer tout certificat médical déjà accordé ou refuser de me fournir un nouveau certificat médical, sans préjudice de toute autre 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 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 DONNEES PERSONNELLES : Je déclare par la présente que j'ai été informé(e) 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 assessesurs médicaux des autorités compétentes des États membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date : **02/04/2025**

Signature du demandeur :



Signature du médecin examinateur :

**DR PATRICK CORREA**  
Médecine Aéronautique  
SN-MED 004  
DGAC N°3857 - 73117

# RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : **GARNIER** Prénoms : **JEAN-MICHEL** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **24/02/1961**  
Lieu de naissance : **AINTAMA (ALGERIE)**

(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>180</b> cm	(203) Poids <b>81</b> kg	(204) Yeux couleur <b>Noir</b>	(205) Cheveux couleur <b>Brun</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <b>145</b> Diastolique <b>91</b>	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) <b>61</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 type="checkbox"/>
(209) Cavité buccale, 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.  
**PPL. privé - Administrateur - 6 h aus. Navit h+l cefs.**  
**Tebawo = Ade = decl. III = 0 Spalt.**

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

Œil droit sans correction	Corrigée à <b>9</b>
Œil gauche sans correction	Corrigée à <b>9</b>
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à <b>10</b>

(230) Vision Intermédiaire N14 lu à 100cm sans correction avec correction

Œil droit	Oui	Non	Oui	Non
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(231) de près N5 lu à 30 - 50cm sans correction avec correction

Œil droit	Oui	Non	Oui	Non
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(232) Lunettes (233) Lentilles de contact

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

(235) Analyse d'urine Normale  Anormale

Glucose <b>0</b>	Protéines <b>0</b>	Sang <b>0</b>	Autres
------------------	--------------------	---------------	--------

Rapports annexés

(238) ECG	Non réalisé	Date <b>02-04-25</b>	normal	anormal
(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 : **Apte.** Nom : **Patrick CORREA**  
Signature : **Patrick CORREA**  
Médicine Aéronautique  
SN-MED-004  
DGAC N°3857 - FAA-00773

(313) Perception des couleurs Normale  Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Type I S H I H A R A **0**

Nombre de tables présentées **02** Nombre d'erreurs **0**

(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 <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 (237) Hémoglobine

VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)	Hb (g/dl)
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

(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 <input type="checkbox"/>	CLASSE 2 <input checked="" type="checkbox"/>	LAPL <input type="checkbox"/>	PNC/CCA <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------	----------------------------------

(248) Commentaires, limitations :  
**(238) ECG + BPD incongruit = Holter ECG. → TNL 6 mois.**  
**Apte classe 2 → 02-10-2025**

(249) Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé  
Je soussigne certifie que j'ai personnellement examiné (ou que mon groupe de médecins-conseils agréés a examiné) le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent nos constatations d'une manière complète.

(250) date : **02-04-2025** et lieu :  
Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : **Dr Patrick CORREA**  
Médicine Aéronautique  
SN-MED-004  
DGAC N°3857 - FAA-00773  
Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature :   
Numéro d'AME :  
Réf Rapport examen médical 03.09.2019

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

**CLASSE 2 / LAPL**  
**CLASS 2 / LAPL**

**CERTIFICAT MÉDICAL**  
Medical certificate

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



I	Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence	FRANCE
III	Numéro de certificat / Certificate number	FELPA00073117
IV	Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder	Jean-Michel Bouverie
XIV	Date de naissance (JJMM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)	24-02-1961
VI	Nationalité / Nationality	France
VII	Signature du titulaire / Signature of holder	

II	<b>Certificat médical de Classe 2</b> Class 2 medical certificate	
IX	Date d'expiration du certificat médical pour (JJMM/AAAA) / Expiry date of this certificate for (DD/MM/YYYY)	02-10-2025
	Classe 2 / Class 2	02-10-2025
	LAPL / LAPL	02-10-2025

**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 y sont liés 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 influent sur la sécurité de 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.

XIII	Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description	VNL
X	Date de délivrance / Date of issue	02-04-2025
	Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor	
XI	Cachet / Stamp	

**MED.A-020 Decrease in medical fitness**

a) Licence holders shall not exercise 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 regular use of any medication ;
- 3) have suffered any significant personal injury involving incapacity to 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.

	Date de l'examen médical / Date of medical examination	02-04-2025
	Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram	02-04-2025
	Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram	02-04-2024