

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 : TARDIF		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☒ Classe 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA ☐	
(5) Prénom(s) : Clément, Michel, Laurent		(4) Nom de naissance : TARDIF	(12) Genre sollicité ☐ initial ☒ renouvellement/prorogation
(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 01/10/1983		(7) Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐	(14) Type de licence désirée : CPL
(8) Lieu et pays de naissance : Versailles, France		(9) Nationalité : Française	(15) Profession (principale) : Pilote
(10) Adresse permanente : 4385 Sicap Amitie 3 Pays : Dakar, Sénégal N° de téléphone : 774631310 Courriel : clément.tardif@gmail.com		(11) Adresse postale (si différente)	(16) Employeur : Sec en Gel Airlines
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types : CPL(A) Numéro de licence : FRA FCL CAG0351197 Pays de délivrance : France		(17) Dernier examen médical : Date : 30.08.2022 Lieu : Dakar, Le Cornea	
(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 ☒ Oui ☐ Date : _____ Lieu : _____		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ☐ Oui ☒ détails : VDL	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☒ Oui ☐ Date : _____ Lieu : _____		(21) Nombre total d'heures de vol : 1027	
(27) Consommez-vous de l'alcool ? Non ☐ Oui ☒ consommation journalière : 0,5 unités		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 474	
(29) Consommez-vous du tabac ? Non jamais ☐ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt : _____ Oui ☒ type et quantité : 20 cigarettes/jour		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : SEP, REP	
(30) Remarques : 03 sept. Medecin generaliste du parrainé en cours de v. = 848.		(25) Type de vol envisagé : Transport public	
		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☒ Multipilote ☒	
		(28) Prenez-vous actuellement des médicaments ? Non ☒ Oui ☐ 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
☐	☒	☐	☒	☐	☒	Antécédents familiaux	
☒	☐	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐ </	

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : **TARDIF** Prénoms : **CLERENT, RICHES, LAURENT** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **01/07/1983**
Lieu de naissance : **VERSAILLES, FRANCE**

(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☒ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 185 cm	(203) Poids 78 kg	(204) Yeux couleur Vert.	(205) Cheveux couleur Châtain	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 147 Diastolique 76	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 70 Rythme ☒ régulier ☐ irrégulier
--	-------------------------------	-----------------------------	------------------------------------	---	--	--

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal		normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	☒	☐	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	☒	☐
(209) Cavité bucale, gorge, dents	☒	☐	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	☒	☐
(210) Nez, sinus	☒	☐	(220) système génito-urinaire	☒	☐
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	☒	☐	(221) Système endocrinien, thyroïde	☒	☐
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	☒	☐	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	☒	☐
(213) Yeux - pupilles	☒	☐	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	☒	☐
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	☒	☐	(224) Examen neurologique- réflexes etc	☒	☐
(215) Poumons, thorax, seins	☒	☐	(225) Psychiatrie	☒	☐
(216) Cœur	☒	☐	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	☒	☐
(217) Système vasculaire	☒	☐	(227) Etat général	☒	☐

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
Relat. Pathologique. Instruction avouée. + C^{ie} Arc au Col. 20ans. Séqu^e 2 ex^{ts}. (226) Nut^e acc^{us} non corrigée auv^e. (Path^e en col^l) Pl^l. H^{te} = acc^{us}. Sp^l = t.

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

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

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

sans correction		avec correction	
Oui	Non	Oui	Non
Ceil droit	☐	☒	☐
Ceil gauche	☐	☒	☐
Vision binoculaire	☐	☒	☐

(231) **de près** N5 lu à 30 - 50cm

sans correction		avec correction	
Oui	Non	Oui	Non
Ceil droit	☐	☒	☐
Ceil gauche	☐	☒	☐
Vision binoculaire	☐	☒	☐

(232) **Lunettes** (233) **Lentilles de contact**

Oui ☒ Non ☐	Oui ☐ Non ☐
Type : 1	Type : 1
Réfraction Sph	Cylindre
Ceil droit	Axe
Ceil gauche	Ajouter

(313) **Perception des couleurs** Normale ☐ Anormale ☐
Tables pseudo-isochromatiques Type I S H I H A R A
Nombre de tables présentées **40** Nombre d'erreurs **0**

(234) **Audition** (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)
(si 239/241 non réalisés)
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur

Oreille droite	Oreille gauche
Oui ☒ Non ☐	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)	Hémoglobine
Normal ☐ Anormal ☐		Normal ☐ Anormal ☐		15,4 (g/dl)

(248) **Commentaires, limitations :**
UDL.

(235) **Analyse d'urine** Normale ☐ Anormale ☐
Glucose Protéines Sang Autres

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	☐	05-09-23	☒	☐
(239) Audiogramme	☐		☐	☐
(240) Examen Ophtalmologique	☐		☐	☐
(241) Examen ORL	☐		☐	☐
(242) Lipides sanguins	☐		☐	☐
(243) Fonction respiratoire	☐		☐	☐
(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 : **Apt** Nom : **Dr Patrick CORREA**
Signature : **Dr Patrick CORREA**
SN-MED-004
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
	☒	☒	☒	☐

(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 : **05-05-2023** et lieu : **DAKAR SENEGAL**
Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : **Dr Patrick CORREA**
3, Av. des Ambassades
Telephone :
Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : **Dr Patrick CORREA**
Signature : **Dr Patrick CORREA**
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773
Numéro d'AME :

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 2 / 2 / 1 / 1
CLASS 2 / 2 / 1 / 1

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

FR-A-FCL-CA00351197

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

Clement TARDIE

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

02-02-1983

VI Nationalité / Nationality

Français

VII Signature du titulaire / Signature of holder

[Signature]

MED.V.020 Diminution de l'aptitude médicale

- (a) Les certificats de licence n'ont pas de validité si :
- (1) l'aptitude médicale n'est pas maintenue ;
 - (2) l'aptitude médicale n'est pas maintenue ;
 - (3) l'aptitude médicale n'est pas maintenue ;
 - (4) l'aptitude médicale n'est pas maintenue ;
 - (5) l'aptitude médicale n'est pas maintenue ;
 - (6) l'aptitude médicale n'est pas maintenue ;
 - (7) l'aptitude médicale n'est pas maintenue ;

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
05 MARS 2024

Classe 1, autres exploitations commerciales /
Class 1 other commercial operations
10 SEP. 2024

Classe 2 / Class 2

05 SEP. 2025

LAPL / LAPL

05 SEP. 2025

MED.V.020 Decrease in medical fitness

- (a) Licence holders shall exercise their privileges of flight only when they are aware of the following conditions:
- (1) they are not aware of the conditions;
 - (2) they are not aware of the conditions;
 - (3) they are not aware of the conditions;
 - (4) they are not aware of the conditions;
 - (5) they are not aware of the conditions;
 - (6) they are not aware of the conditions;
 - (7) they are not aware of the conditions;

XIII Limitations / Limitations

Code - Description / Code - Description

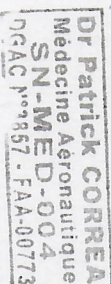
NDL

05 SEP. 2023

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

[Signature]

XI Cachet / Stamp



Date de l'examen médical /
Date of medical examination

05 SEP. 2023

Date du dernier électrocardiogramme /
Date of last electrocardiogram

05 SEP. 2023

Date du dernier audiogramme /
Date of last audiogram

12 JUL. 2023