

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: RACINE | | (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): MAYORO | | (4) Nom de naissance | (12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation |
| (8) Lieu et pays de naissance: DIOURBEL (SENEGAL) | | (6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 01/07/1968 | (7) Sexe: Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> |
| (10) Adresse permanente: Pays: FRANCE N° de téléphone: 07 67 67 99 91 Courriel: R.MAYORO@YAHOO.FR | | (9) Nationalité: SENEGALAISE | (14) Type de licence désirée: ATPL |
| (18) Licence(s) de vol possédée(s) types: ATPL | | (11) Adresse postale (si différente): Pays: 10 Rue Michel de N° de téléphone: 1 l'hôpital 92 130 ISSY Les Moulinaux | (15) Profession (principale): Pilote de ligne |
| | | (17) Dernier examen médical: Date: 18/12/2023 Lieu: DIKOR | (16) Employeur: |
| | | (19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails: | (21) Nombre total d'heures de vol: 8700 |
| | | (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 type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Date: Lieu: | (22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical: 100 |
| | | (24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical? Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Date: Lieu: | (23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s): A320 |
| | | (27) Consommez-vous de l'alcool? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités | (25) Type de vol envisagé: Regular |
| | | (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: | (26) Activité aérienne actuelle: Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input checked="" type="checkbox"/> |
| | | (30) Remarques: | (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 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) Exempt  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 :

(31) Déclaration : Je soussigné(e), déclare avoir répondu de façon s c re 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 d j accordé ou refuser de me fournir un nouveau certificat médical, sans préjudice de toute autre action applicable en vertu du droit national. CONSENTEMENT   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 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 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'ARAMED.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  tats membres afin de faciliter l'application de l'ARAMED.150 (c) (4).

Date : Signature du demandeur: Signature du médecin examinateur:

Dr Patrick GORREA
Médecin Aéronautique
N. MED-004
DGAC N 3857 - FRA 00771

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - **SECRET MEDICAL**

NOM : **RACINE** Prénoms : **MAYORO** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **01/07/1968**
Lieu de naissance : **DICOURBEL (SENEGAL)**

| | | | | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| (201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille 185 cm | (203) Poids 80 kg | (204) Yeux couleur Noir | (205) Cheveux couleur Noir | (206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 144 Diastolique 87 | (207) Pouls au repos Pulsations (ppm) 75 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 bucale, 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, compli. 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 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

Podatary Professionnel All African Airlines. Air Senegal SA en cause. Recrutement - A320 - 50ans. Aucun k ouft. (206) Spnd 05. Tabac = 0. Alu = 0. Spirit = 0.

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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ceil gauche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vision binoculaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(231) de près N5 lu à 30 - 50cm

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

(232) Lunettes (233) Lentilles de contact

| | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Type : | Type : | Cylindre | Axe |
| Réfraction | Sph | | Ajouter |
| Ceil droit | | | |
| Ceil 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 réalisés)

| | | |
|--|---|---|
| Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur | Oreille droite | Oreille gauche |
| | Oui <input checked="" type="checkbox"/> | Oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Non <input 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) | Hémoglobine (g/dl) |
| Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> | Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> | Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> | 13,1 (g/dl) |

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

Apte classe 1 -> 20-01-2026.

(235) Analyse d'urine Normale Anormale

| | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Glucose <input type="checkbox"/> | Protéines <input type="checkbox"/> | Sang <input type="checkbox"/> | Autres <input type="checkbox"/> |
|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|

Rapports annexés

| | Non réalisé | Date | normal | anormal |
|-------------------------------|--------------------------|-----------------|-------------------------------------|--------------------------|
| (238) ECG | <input type="checkbox"/> | 20-01-25 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (239) Audiogramme | <input type="checkbox"/> | 20-01-25 | <input checked="" 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 : **Dr Patrick CORREA**
Signature : **Medecine Aeronautique 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 |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" 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 : et lieu : 21-01-2025 | Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé: Fax: Telephone: Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL | Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature: Numéro d'AME: Dr Patrick CORREA Medecine Aeronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773 |
|--|---|--|

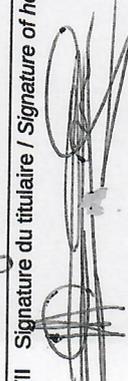
I Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence
FRANCE

III Numéro de certificat / Certificate number
FR-FEL AAB0193-928

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

XIV Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)
01-07-1968

VI Nationalité / Nationality
Sénégalaise

VII Signature du titulaire / Signature of holder


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)
20-07-2025

Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers /
Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers

20-01-2026

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

20-01-2026

Classe 2 / Class 2
20-01-2027

LAPL / LAPL

XIII Limitations / Limitations
Code - Description / Code - Description
VMI

X Date de délivrance / Date of issue
22-01-2025

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
20-01-2025

Date du dernier électrocardiogramme /
Date of last electrocardiogram
20-01-2025

Date du dernier audiogramme /
Date of last audiogram
20-01-2025

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 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.

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 qui 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 sont susceptibles d'irriter 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.

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



CERTIFICAT MÉDICAL
Medical certificate

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

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

A joindre à la licence