

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 : AURELIEN RAOI		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☒ Classe 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA ☐	
(5) Prénom(s) : AURELIEN		(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité ☐ initial ☒ renouvellement/prorogation
(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 05/11/1978		(7) Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐	(14) Type de licence désirée : ATPL (A)
(8) Lieu et pays de naissance : TOULOUSE FRANCE		(9) Nationalité :	(15) Profession (principale) : Pilote
(10) Adresse permanente : 52 avenue Crampel 31400 TOULOUSE		(11) Adresse postale : (si différente)	(16) Employeur : APK
Pays : FRANCE		(17) Dernier examen médical : Date : 12/08/2020 Lieu : CEMA TOULOUSE	
N° de téléphone : 063128885		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ☒ Oui ☐ détails :	
Courriel : aurelien-raoi@gmail.com			
(18) Licence(s) de vol possédée(s)			
types	Numéro de licence	Pays de délivrance	
ATPL (A)	AAB0291261	FRANCE	
(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 :			
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu :			
(27) Consommez-vous de l'alcool ? Non ☒ Oui ☐ consommation journalière unités			
(29) Consommez-vous du tabac ? Non jamais ☒ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt : Oui ☐ type et quantité :			
(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : B737 300-900			
(25) Type de vol envisagé : Commercial			
(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, VOIR LA PAGE 1

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

NOM : RAMI		Prénoms : AURELIEN		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 05/11/1978 Lieu de naissance : TOULOUSE FRANCE		
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 180 cm	(203) Poids 75 kg	(204) Yeux couleur bleu	(205) Cheveux couleur brun	(206) Tension artérielle (assis) mmHg	(207) Pouls au repos ☐ régulier ☐ irrégulier
					Systolique 130	

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 les aux pages 4 et 5						

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

ORL. B737. pyet. ODS en camp depuis 2 ans (procedura) → destination professionnelle - mais maturation pour voler. / (alt. / accept. Tabac 50g. Aile 300g.

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(229) (de loin à (5m/6m en dixième) Lunettes/Contact

Œil droit sans correction	10	Corrigée à	
Œil 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
Œil droit	☒	☐	☐	☐
Œil gauche	☒	☐	☐	☐
Vision binoculaire	☒	☐	☐	☐

(231) de près N5 lu à 30 - 50cm	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	☒	☐	☐	☐
Œil gauche	☒	☐	☐	☐
Vision binoculaire	☒	☐	☐	☐

(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact		
Oui ☐	Non ☐	Oui ☐	Non ☐	
Type :		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)	Oreille droite		Oreille gauche	
	Oui	☒	Oui	☒
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	Non	☐	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)
Normal ☐ Anormal ☐		Normal ☐ Anormal ☐	(g/dl)
			Normal ☐ Anormal ☐

(248) Commentaires, limitations :

Agd

(235) Analyse d'urine		Normale ☐	Anormale ☐
Glucose 0	Protéines 0	Sang 0	Autres

Rapports annexés		Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG		☒	20-03-91	☒	☐
(239) Audiogramme		☒	20-03-91	☒	☐
(240) Examen Ophtalmologique		☒	20-03-91	☒	☐
(241) Examen ORL		☒	20-03-91	☒	☐
(242) Lipides sanguins		☒	20-03-91	☒	☐
(243) Fonction respiratoire		☒	20-03-91	☒	☐
(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 : <i>Apté.</i>	Nom : Dr Patrick CORREA Signature : <i>[Signature]</i> Médecine Aéronautique MD/004/AEACS/DTA/08 DGAC N°3357
----------------------------	--

(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
	☒	☒	☐	☐

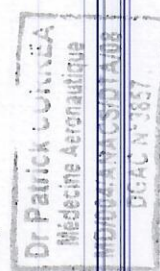
249) Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

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 :		Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé:		Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature:	
et lieu:		Fax:		Dr Patrick CORREA	
20-09-21		Telephone:		Medecine Aeronautique	
		E-mail:		MDDM - 1000	
		3-Av. des Ambassades		2000-0000	
				Numéro d'AME:	

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 FRA-FUL-AAC0291261
IV	Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder RATZ Amelion
XIV	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY) 05-11-1978
VI	Nationalité / Nationality FRANCE
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 MAR 2022
Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers 20 SEP 2022	
Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations 20 SEP 2022	
Classe 2 / Class 2 20 SEP 2023	
LAPL / LAPL 20 SEP 2023	

XIII Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description	
X Date de délivrance / Date of issue 20 SEP 2021	
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 SEP 2021
Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram 20 SEP 2021
Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram 20 SEP 2021

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	Numero de certificat / Certificate number FRA FCL.AAC0291261	
IV	Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder RAMI Aurélien	
XIV	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD-MM/YYYY) 05/11/1978 - TOULOUSE-31	
VI	Nationalité / Nationality F (FRANCE)	
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) 12/02/2021
Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers 12/08/2021	
Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations 12/08/2022	
Classe 2 / Class 2 12/08/2022	
LAPL / LAPL 12/08/2022	

XIII Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description	
X Date de délivrance / Date of issue 12/08/2020	
Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor  Dr. P. CORREA XI Cachet / Stamp Medecin Chef Suppléant CEMA Toulouse	

Date de l'examen médical / Date of medical examination 12/08/2020	Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram 12/08/2020
Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram 19/04/2019	

PASSEPORT PASSPORT		RÉPUBLIQUE FRANÇAISE	
Type <i>Type</i>	Code du pays <i>Country code</i>	Passport n° <i>Passport No.</i>	
P	FRA	19DH09657	
Nom <i>Surname</i> (1)			
RAMI			
Prénoms <i>Given names</i> (2)			
Aurélien			
Nationalité <i>Nationality</i> (3)		Sexe <i>Sex</i> (4) Taille <i>Height</i> (5) Couleur des yeux <i>Colour of eyes</i> (6)	
Française		M 1,80 m MARRON	
Date de naissance <i>Date of birth</i> (7)		Lieu de naissance <i>Place of birth</i> (8)	
05 11 1978		TOULOUSE	
Date de délivrance <i>Date of issue</i> (9)		Domicile <i>Residence</i> (10)	
28 06 2019		TOGO 2000 QUARTIER HEDZIRANAOE	
Autorité <i>Authority</i> (11)		QUARTIER HEDZIRANAOE	
LOME-		LOME	
AMBASSADE DE FRANCE AU TOGO		TOGO	
Date d'expiration <i>Date of expiry</i> (12)			
21 01 2025			