

# FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

|                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) Pays de délivrance de licence :<br><b>FRANCE</b>                                                                                                                                                                                                        |  | (13) N° référence:                                                                                                                                                                          |                                                                                                                      |
| (3) Nom :<br><b>CHERGHI</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) :<br><b>FAYCAL</b>                                                                                                                                                                                                                            |  | (4) Nom de naissance<br><b>-</b>                                                                                                                                                            | (12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation |
| (8) Lieu et pays de naissance :<br><b>ALGER ALGERIE</b>                                                                                                                                                                                                     |  | (6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA)<br><b>13/04/1965</b>                                                                                                                                     | (7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>                             |
| (10) Adresse permanente :<br><b>7 RUE DE GRENOBLE<br/>FRANCE</b>                                                                                                                                                                                            |  | (9) Nationalité :<br><b>FRANCAISE</b>                                                                                                                                                       | (14) Type de licence désirée :<br><b>ATPL</b>                                                                        |
| (11) Adresse postale (si différente)<br><b>94140 ALFORTVILLE</b>                                                                                                                                                                                            |  | (15) Profession (principale) :<br><b>PILOTE</b>                                                                                                                                             | (16) Employeur :<br><b>AIR SENEGAL</b>                                                                               |
| (17) Dernier examen médical :<br>Date : <b>28/09/21</b><br>Lieu : <b>DAKAR</b>                                                                                                                                                                              |  | (19) Conditions, limitations du certificat médical:<br>Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> détails : <b>VML</b>                                            |                                                                                                                      |
| (18) Licence(s) de vol possédée(s)<br>types : <b>ATPL</b> Numéro de licence : <b>23416</b> Pays de délivrance : <b>FRANCE</b>                                                                                                                               |  | (21) Nombre total d'heures de vol :<br><b>13000</b>                                                                                                                                         | (22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :<br><b>700</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 ?<br>Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : _____ Lieu : _____ |  | (23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :<br><b>A 320</b>                                                                                                                     |                                                                                                                      |
| (24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ?<br>Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : _____ Lieu : _____                                                                    |  | (25) Type de vol envisagé :<br><b>REGULIER</b>                                                                                                                                              |                                                                                                                      |
| (26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                       |  | (28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/><br>Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi: |                                                                                                                      |
| (27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                      |
| (29) Consommez vous du tabac ?<br>Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt : _____<br>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). Détailler dans la rubrique « (30) remarques »

| Oui                                 | Non                                 | Oui                                                                           | Non                      | Oui                                 | Non                                                             | Oui                                 | Non                                 |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <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 checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| <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"/> |
| <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"/> |
| <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"/> |
| <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"/> |
| <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"/> |
| <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"/> |
| <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"/> |
| <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"/> |
| <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"/> |
| <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"/> |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie         | <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 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-aéronautique 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 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 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 Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date : **24/09/21**

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

Dr Patrick **CHERGHI**  
Médecin Aéronautique  
ANAGS/DIA/08  
DGAC N° 3857 - FAA 0011

# RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : **CHERGLI** Prénoms : **FAYCAL** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **13/04/1965**  
Lieu de naissance : **ALGER ALGERIE**

|                                                                                                                                                                                                        |                               |                             |                                     |                                      |                                                                                      |                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (201) Catégorie d'examen<br><input type="checkbox"/> Initial<br><input checked="" type="checkbox"/> Prorogation<br><input type="checkbox"/> Renouvellement<br><input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille<br><b>183</b> cm | (203) Poids<br><b>76</b> kg | (204) Yeux couleur<br><b>MARRON</b> | (205) Cheveux couleur<br><b>NOIR</b> | (206) Tension artérielle (assis) mmHg<br>Systolique <b>120</b> Diastolique <b>80</b> | (207) Pouls au repos<br>Pulsations (bpm) <b>58</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"/> | <input type="checkbox"/> |
| (209) Cavité bucale, gorge, dents              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (219) Anus, rectum (si nécessaire)                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (210) Nez, sinus                               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (220) système génito-urinaire                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (211) Oreilles, tympans, compliance 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 checked="" 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) État général                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

**CDD. A380. 56 ans. Air Sengal SA. Ann. 5 enfants. (3F).**

**Tobac = 0  
Alc = 0  
Spart = 0 R.**

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

| (229) (de loin à 5m/6m en dixième)  |                      | Lunettes/Contact |  |
|-------------------------------------|----------------------|------------------|--|
| Oeil droit sans correction          | Corrigée à <b>10</b> |                  |  |
| Oeil gauche sans correction         | Corrigée à <b>10</b> |                  |  |
| Vision binoculaire, sans correction | Corrigée à <b>10</b> |                  |  |

| (230) Vision Intermédiaire |                          | sans correction          |                          | avec correction                     |                          |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| N14 lu à 100cm             |                          | Oui                      | Non                      | Oui                                 | Non                      |
| Oeil droit                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oeil gauche                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vision binoculaire         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| (231) de près      |                          | sans correction          |                          | avec correction                     |                          |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| N5 lu à 30 - 50cm  |                          | Oui                      | Non                      | Oui                                 | Non                      |
| Oeil droit         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oeil gauche        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vision binoculaire | <input type="checkbox"/> | <input 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 : <b>A</b>                         |                              | Type : <b>A</b>              |                              |
| Réfraction                              | Sph                          | Cylindre                     | Axe                          |
| Oeil droit                              |                              |                              |                              |
| Oeil gauche                             |                              |                              |                              |

| (313) Perception des couleurs         |                           | Normale <input type="checkbox"/> | Anormale <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------------|---------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| Tables pseudo-isochromatiques         | Type I S H I H A R A      |                                  |                                   |
| Nombre de tables présentées <b>80</b> | Nombre d'erreurs <b>0</b> |                                  |                                   |

| (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 <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 |
| Oreille droite         |     |      |      |      |      |
| Oreille gauche         |     |      |      |      |      |

| (236) Fonction respiratoire     |                                  | (237) Hémoglobine               |                                  |
|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| VEMS/CV                         | %                                | Peak Flow (l/min)               | (g/dl)                           |
| Normal <input type="checkbox"/> | Anormal <input type="checkbox"/> | Normal <input type="checkbox"/> | Anormal <input type="checkbox"/> |

| (235) Analyse d'urine |                    | Normale <input checked="" type="checkbox"/> | Anormale <input type="checkbox"/> |
|-----------------------|--------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------|
| Glucose <b>0</b>      | Protéines <b>0</b> | Sang <b>0</b>                               | Autres                            |

| Rapports annexés              |  | Non réalisé              | Date            | normal                              | anormal                  |
|-------------------------------|--|--------------------------|-----------------|-------------------------------------|--------------------------|
| (238) ECG                     |  | <input type="checkbox"/> | <b>24-09-21</b> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (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"/> | <b>24-09-21</b> | <input checked="" 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 : **Apt**

Nom : **Dr Patrick CORREA**  
Signature : **Dr Patrick CORREA**  
Médecin Aéronautique  
MD/004ANACS/DTA/08  
DSAC N° 3857 - FAA 00773

## (247) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

☒ **APTE 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"/> | <input type="checkbox"/> |

## (248) Commentaires, limitations :

**UML.**

**Apti classe 1 → 28-09-2022**

## (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 : <b>24-09-2021</b> | Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé :<br>Fax :<br>Telephone :<br>E-mail : | Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : <b>Dr Patrick CORREA</b><br>MD/004ANACS/DTA/08<br>DSAC N° 3857 - FAA 00773<br>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 |
| III | Numéro de certificat / Certificate number                                                                                 |
| IV  | Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder                                                                |
| XIV | Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)                                                               |
| VI  | Nationalité / Nationality                                                                                                 |
| VII | Signature du titulaire / Signature of holder                                                                              |

|    |                                                                                                                                            |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| II | Certificat médical de Classe 1<br>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 |
|    | Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations                                                          |
|    | Classe 2 / Class 2                                                                                                                         |
|    | LAPL / LAPL                                                                                                                                |

|      |                                                                                              |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| XIII | Limitations / Limitations<br>Code - Description / Code - Description                         |
| X    | Date de délivrance / Date of issue                                                           |
|      | 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               |
|  | Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram |
|  | Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram                 |