

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

| Committee Comm | (1) Pays de délivrance de licence | e : | | (13) N° référence: | | - | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------|--|--|--|
| (3) Points Chief | FRANCE | | | | sol | 111 | citá: | Classo 1 of Classo | _ | | I ADY | | | | | |
| (a) Date de anissance (b) Lique of pays de anissance (c) Secte of pays de anissance (c) Secte of pays de anissance (c) Secte of pays de anissance (d) Nationalité FRANÇAIIE (1) Porfession (principale) (1) Desire returns médical (2) Desire returns médical (3) Lice a porfession (4) Lice a porfession (5) Lice a porfession (6) Exprése de difference (6) Exprése de difference (6) Exprése de difference (7) Denier captur médical: (8) Non (1) Out (1) Desire returns médical: (9) Non (1) Out (1) Desire returns médical: (9) Non (1) Desire returns médical: (10) Nonderie coule desiron de returns au de suppraison de coluis s' Y N L (22) Cassactrysyló d'diversor actuellement units été ou l'actuelle d'units et des la desire s' Y N L (23) Consommer vous de l'évoir (2) Non (1) Out (1) Consommation (1) pour des maladites units et des médicaments (2) Non (1) Out (1) Out (2) | (3) Nom: CHEOC | (4) Nom de naissance | (4) 11 | | | | | | | | | | | | | |
| O Date of pays de natisance O Noticolailitie | (5) Prénom(s): | | | | | | | | | | | | | | | |
| Simple of pays de nissance: | FAVO | (JJ/MM/AAAA) | Sexe : | (14) Type de licence désirée : ATPL | | | | | | | | | | | | |
| Consoners vote de l'alcord Non actuellement Date de l'arrêt Date | (8) Lieu et pays de naissance : | 13/04/196 | Féminin [| (15) Profession (principale): PILOTE | | | | | | | | | | | | |
| 1) Dernier coatem products Description | ALGER ALGE | eil | 5 | FRANC | FRANCAISE | | | | | | | | | | | |
| Date: January Date: Ja | | | | | | (17) Dernier examen médical : | | | | | | | | | | |
| Note déciplone: + 33 de 54 Note Courtier Note déciplone: | D 15 60 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 | | | | Vt | t | LE | Date: 28/00 | Date: 28/09/21 | | | | | | | |
| Clay Lecture(s) de voir possédée(s) Clay Lecture(s) de voir possédée(s) Clay Lecture(s) de voir possédée(s) Clay Lecture(s) Clay | N° de téléphone : + 33 6 05 | i a | 15 | 58 /220 | - 5 | 2/ | , 221. | DAKAR | | | | | | | | |
| (18) Licence(cs) de vol possédecto) Numéro de licence Pay de délivrance (29) Nombre total d'heures de vol depuis le dernier examen médical. Procure du médical me décision de retain ou de suspension de celui-ci? (29) Est ce qu'une autorité aéronautique a refusé de vous délivrer un certificat médical. Procure du médical du d'hair le | Courriel: | 1 | -1 | N° de téléphone : | 0 0 | 7 | 1334 | | | | | | | | | |
| 200 Bat or qu' ture autorité aéronautique a refuie de vous délivere un certificat médical (21) Nombre de l'eures de vol dépuis le dérnier examen médical (22) Nombre d'heures de vol dépuis le dérnier examen médical (23) Classer Type(s) d'adronné actuellement utilisé(s) : A 3 2 0 | Cherrio4Gho | th | and. | | | | | Non Oui | s du | certi étails | ficat médical: | | | | | |
| Cab Set ce qu'une autorité aéronnusique a refine de vous délivrer in certificat médical, prononcé du décision de cretario ou de suspension de celui-ci? Cab | | | Jumá | éro de licence | | | | | | | VIII | | | | | |
| Carlo Est et qu'une autorité aéronnatique a réfusé de vous délivrer un certificat médical. Carlo | ATPL | 2 | 3 | | | | | 1 (0.0) | | | | | | | | |
| (20) East ce qu'une autorité deronaulique a refusé de vous délivere un certificat médical, proponneule unécidion de retunt ou de suppraison de celui-ei ? Deail: (22) Ocademis aériens ou incidents de voi reportés depuis le dernier examen médical ? Lieu: (25) Type de voi envisagé : REGULEA (26) Accidents aériens ou incidents de voi reportés depuis le dernier examen médical ? Lieu: (27) Consommez vous du lubus ? Non jamais : Non accidents précise que question réponde ce cochant Olf ou NON (ou selon ce qui est indique). Détaillec dans la rubrique « (38) Prenarques » (27) Consommez vous du lubus ? Non jamais : Non samais : Non samais : Non seculiare : Oui ppe et quantité : Non jamais : Non seculiare : Oui pour de question réponde ce occhant Olf ou NON (ou selon ce qui est indique). Détaillec dans la rubrique « (38) renarques » (39) Calcularia ce médicane en cechant Olf ou NON (ou selon ce qui est indique). Détaillec dans la rubrique « (38) renarques » (30) Intradiction de lundies de lundies survante : (31) Madifaction de lundies de lundies de lundies de unitée de lundies de contact in montantique de lundies autre de se contact in montantique de lundies autre de lundies de lundies de unitée de lundies de lundies de contact in montantique de lundies | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A 32 c | (20) Est ce qu'une autorité aérons | utia | ne a | refusé do vous délimentes et c | | _ | | 15000 | | | 71 | 20 |) | | | |
| Non So Oul Date Lie! Case Cas | Non Non Di | ou de | SHST | pension de celui-ci ? | cat r | nėc | dical, | (23) Classe/Type(s) d'aéron | nef a | ctue | llement utilisé(s): | | | | | |
| Non So Oul Date Lie! Case Cas | | | | | | | | (25) Type de vol envisagé : | - | 2 - | | | | | | |
| Deals: Case Consommer Deals Case | (24) Accidents aériens ou inciden | ts de | vol | reportés depuis le dernier examer | n má | di | ical ? | | | | | 1 | | | | |
| Company Comp | Tion out U | ate: | | Lieu: | 11 1110 | Jun | icai ; | (26) Activité aérienne actue | lle : | Mon | opilote | X | | | | |
| (27) Consommez vous de l'alecon Non Oui consommation journalière unités 28) Consommez vous du tabars Non actuellement Date de l'arrêt : Date d'arrêt : Da | | | | | | | | Nature et dose du médicame | ent c | les m denu | édicaments ? Non | Dui | | | | |
| (29) Consournez vous du tabace? Non jamas de Non actuellement Oui type et quantité: Non jamas de Non actuellement Oui type et quantité: Non jamas de Non actuellement Oui type et quantité: Non jamas de Non actuellement Oui type et quantité: Non jamas de Non actuellement Oui type et quantité: Non jamas de Non actuellement Oui type et quantité: Non jamas de Non actuellement Oui type et quantité: Non jamas de Non actuellement Oui type et quantité: Non jamas de Non actuellement Oui type et quantité: Non jamas de Non actuellement Oui type et quantité: Non jamas de Non actuellement Oui type et quantité: Non jamas de Non actuellement Oui type et quantité: Non jamas de Non actuellement Oui type et quantité: Non jamas de Non actuellement Oui type et quantité: Non jamas de Non actuellement Oui type et quantité: Non jamas de Non actuellement Oui type et quantité: Non jamas de Non actuellement Oui type et quantité: Non jamas de Non actuellement Oui type et quantité: Non jamas de Non actuellement Oui type et quantité: Non jamas de Non actuellement Oui type et quantité: Non jamas de Non actuellement Oui type et quantité: Non jamas de Non actuellement Oui type et quantité (14) Affection actieure type et de la conscience quel Que soit le moitif Oui type et quantité et fréquents ou graves Oui type et quantité et partité de lever de conscience quel Que soit le moitif type et quantité et partité de lever ou des soites moitif médical Oui type prédictique de loute nature Oui type prédictique de loute natu | (27) Consommez vous de l'alcool | ? No | on N | Oui Consommetion issue | 1: > | | 1.7 | | , | P | quanta est il pris et pourquot. | | | | | |
| Out type et quantité : | (29) Consommez vous du tabac? | | | | name | ere | unités | | | | | | | | | |
| Autécédents généraux et médicaux : avez vous des antécédents connus d'une des maladies suivantes ? Ac haque question répondez en och-hart OUI ou NON (ou selon ce qui est indiqué). Détaillée dans la rubrique « (30) remarques » Oui Non Autécédents familiaux (102) Affection de la gorge, du proposa deux lement des luncites (113) Traumatismes cránica ou ou graves (113) Traumatismes cránica ou ou graves (114) Maux de telé récquents ou ou graves (115) Accès de vertige/évanouissement ou graves (115) Accès de vertige/évanouissement ou graves (115) Maidie sexuellement que soit et motif (115) Accès de vertige/évanouissement que soit le motif (115) Accès de vertige/évanouissement que soit le motif (117) Maux de telévanouissement que soit le motif (117) Maux de telévanouissement que soit le motif (117) Maidie musculaire ou sauclettique (1173) Maidie musculaire ou sque soit le motif (1174) Maidie musculaire ou sque suite funcionarie (1175) Maidie musculaire ou sque sque suite de touten nature les suite (118) Troubles psychologiques paralysic, etc (1107) Trension artéricile élevée ou la dispose (119) Traitement pour abus que suite de touten nature les suite de l'appropriet de touten nature les suite de l'appropriet de touten nature les suites de l'appropriet de touten nature les suites de l'appropriet d | | tuell | emen | it Date de l'arrêt : | | | | | | | | | | | | |
| Total Non (ou sefon ce qui est indique) | Antécédents généraux et médicai | IX : : | avez | vous des antécédents connus d' | 'une | de | es maladi | as suiventes 2 | | | | | | | | |
| (101) Maladic ou opération | chaque question répondez en c | OCIIZ | int C | OI OU NON (ou selon ce qui es | st in | dic | qué). Déta | nillez dans la rubrique « (30) | ren | narg | ues » | | | | | |
| Inc., trouble du langage Inc., trouble du sommeil, apnée du sommeil Inc., trouble du sommeil, apnée du sommeil, apnée du sommeil, apnée Inc., trouble du s | (101) Maladie ou opération | - | 1 | • | Ot | 11 | Non | | Ou | Non | | Oui | i N | | | |
| Commotion Comm | culaire | | X | nez, trouble du langage | | | | | | | Antécédents familiau | ıx | | | | |
| (125) Maladic executellement | (102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact | A | , _ | | | | (124) | Test VIH positif | _ | 120 | (170) Affection cardiague | T | | | | |
| 103) Modifications dans la reception de l'estomac, du planting des uringes au moutifier de maladie des l'estories de dernier par l'estorie de l'es | | | | (114) Maux de tête fréquents | | | | | | | _ | | | | | |
| Lepuis le dernier examen | (103) Modifications dans la | | | | ╀ | - | | | | M | (1/1) Hypertension artérielle | | X | | | |
| 105) Asthme ou maladie | prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen | | | vertige/évanouissement | | Ç | (126) du som | Frouble du sommeil, apnée nmeil | | (Z | | | × | | | |
| 105) Asthme ou maladie | (104) Allergie ou rhume des foins | | | (116) Perte de conscience quel que soit le motif | | 0 | | | | | (173) Epilepsie | П | N | | | |
| 1.25 Outre autre matadie of paralysic, etc 1.26 Naladie du cœur ou des aisseaux 1.26 Maladie du cœur ou des aisseaux 1.27 Outre autre matadie ou paralysic, etc 1.28 Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature 1.28 1.29 Hospitalisation 1.20 1.29 Tuberculose 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1.20 1 | (105) Asthme ou maladie | | × | (117) Affection neurologique: | 0 | ı 🔯 | | oute autre maladie ou | | | (174) Maladie mentale/suicide | | | | | |
| 106) Maladie du œur ou des aisseaux | oulmonaire | | | paralysie, etc | | | blessur | | | Z | (175) Diabète | | 1 | | | |
| aisseaux | 106) Maladie du cœur ou dos | | | | | L/A | (129) F | Hospitalisation Recours à un médecin depuis nier examen médical | | | | Ë | | | | |
| Internation artérielle élevée ou | aisseaux | | | / psychiatrique de toute nature | | | A | | | | | | X | | | |
| Common C | 107) Tension artérialla élavé | | | (110) T't | | | le dern | | | 100 | Allergie/asthme/eczéma | | R | | | |
| 108 Calcul rénal ou sang dans | asse | | 囡 | | | D | (131) motif | Assurance vie refusée pour | | N | (178) Maladie héréditaire | | X | | | |
| automutilation automu | 108) Calcul rénal ou sang dans | | X | | | | | | | - | | ur le | S. | | | |
| 110) Affection de l'estomac, du | 109) Diabète ou désordre | | | automutilation | | K | (132) I | (132) Refus de licence de vol pour motif médical | | Ø | | | | | | |
| néce ou des intestins | ormonal | Ш | | (101)) (1 1 | | | | | | , | (150) Affection(s) | | | | | |
| 111) Surdité ou maladie des reilles | oie ou des intestins | | X | (121) Mal des transports nécessitant médication | | Z | (133) E | xempté ou réformé du | | M | gynecologique, problèmes de menstruation | | | | | |
| 30) Remarques: Declaration : Je soussignée), déclare avoir répondu de façon sincére aux questions qui m'out été posées fors 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 la laration ou erreur, l'autorité de licence peut ne retirer tont certificat médical déjà accordé ou refuser de me fournir un nouveau certificat médical, sants préjudice de toute autre action applicable en vertu du droit national résessionels de santé pertinents dans le but d'obtenir une évaluation aero médicale ou dans le caute d'un recours. În recomaissant que ces sa nancess, dans le respect du secret médical, au médican evaluation de l'autorité eur des montains qu'aux des santé pertinents dans le but d'obtenir une évaluation aero médicale ou dans le caute d'un recours. În recomaissant que ces sonnexes des electroniquement doivent fire utilisés pour compléter une évaluation médicale et deviendront e projetié de l'autorité qui détivre la licence, à condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès conformément à la législation nationale. Le secret médical sera reporte de deviendront de projetie de l'autorité evaluation projetie de l'autorité evaluation médicale et deviendront et projetie de l'autorité evaluation médicale et deviendront et projetie de l'autorité evaluation médicale et deviendront et projetie de mon AME afin de fournir les données shistoriques requises dans le MED.A.035 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des Elats membres alin de ficilitér l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4) Signature du démandeur: Signature du médecin examinateur : | 111) Surdité ou maladie des reilles | | Ø | (122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies | | D | (134) P | ension ou indemnisation | | | | | | | | |
| Declaration : Je soussignée), déclare avoir répondu de façon sincère aux questions qui m'ont été poséex fors 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 insistent par 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 résisonnels de sent pertinents dans le but d'obtent une évaluatier me évaluation action acti | (30) Remarques : | | | sanguines | | Ľ | Pour on | obare ou maiadic | | | | | | | | |
| dessionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une evaluation aero méticale ou dans le carder d'un recours. In esca de nécessité, j'autoris et la ransmission de ce rapport et de ses annexes, dans le respect du secret médical, au métican evaluatient de l'autorité compétente de mon AME anis qu'aux sessourus la propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que moi-même ou mon médicain puisse y avoir accès conformément à la legislation nationale. Le secret médical ser respect à deviendont le propriété de mon AME afin de fournir les données solches electroniquement doivent être utilisés pour compéter une évaluation médicale de deviendont et propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que moi-même ou mon médicain puisse y avoir accès conformément à la legislation nationale. Le secret médical sera respecté à tout moment, position de mon AME afin de fournir les données solches electroniquement et mis à la conformément de l'autorité compétent une évaluation médicale Le secret médical sera respecté à tout moment, position de mon AME afin de fournir les données solches electroniquement et mis à la conformément de l'autorité compétent et mis à l'autorité compétent et mis à la conformément de l'autorité compétent et mis à l'autorité compétent et deviendont et deviendont et mis autorité compétent et mis à l'autorité compétent et mis à l'autorité compétent et mis à l'autorité compétent et mis autorité compétent et mis autorité compétent et mis autorité compé | , | | | | | | | | | | | | | | | |
| dessionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une evaluation aero méticale ou dans le carder d'un recours. In esca de nécessité, j'autoris et la ransmission de ce rapport et de ses annexes, dans le respect du secret médical, au métican evaluatient de l'autorité compétente de mon AME anis qu'aux sessourus la propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que moi-même ou mon médicain puisse y avoir accès conformément à la legislation nationale. Le secret médical ser respect à deviendont le propriété de mon AME afin de fournir les données solches electroniquement doivent être utilisés pour compéter une évaluation médicale de deviendont et propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que moi-même ou mon médicain puisse y avoir accès conformément à la legislation nationale. Le secret médical sera respecté à tout moment, position de mon AME afin de fournir les données solches electroniquement et mis à la conformément de l'autorité compétent une évaluation médicale Le secret médical sera respecté à tout moment, position de mon AME afin de fournir les données solches electroniquement et mis à la conformément de l'autorité compétent et mis à l'autorité compétent et mis à la conformément de l'autorité compétent et mis à l'autorité compétent et deviendont et deviendont et mis autorité compétent et mis à l'autorité compétent et mis à l'autorité compétent et mis à l'autorité compétent et mis autorité compétent et mis autorité compétent et mis autorité compé | | | | | | | | | | | | | | | | |
| dessionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une evaluation aero méticale ou dans le carder d'un recours. In esca de nécessité, j'autoris et la ransmission de ce rapport et de ses annexes, dans le respect du secret médical, au métican evaluatient de l'autorité compétente de mon AME anis qu'aux sessourus la propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que moi-même ou mon médicain puisse y avoir accès conformément à la legislation nationale. Le secret médical ser respect à deviendont le propriété de mon AME afin de fournir les données solches electroniquement doivent être utilisés pour compéter une évaluation médicale de deviendont et propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que moi-même ou mon médicain puisse y avoir accès conformément à la legislation nationale. Le secret médical sera respecté à tout moment, position de mon AME afin de fournir les données solches electroniquement et mis à la conformément de l'autorité compétent une évaluation médicale Le secret médical sera respecté à tout moment, position de mon AME afin de fournir les données solches electroniquement et mis à la conformément de l'autorité compétent et mis à l'autorité compétent et mis à la conformément de l'autorité compétent et mis à l'autorité compétent et deviendont et deviendont et mis autorité compétent et mis à l'autorité compétent et mis à l'autorité compétent et mis à l'autorité compétent et mis autorité compétent et mis autorité compétent et mis autorité compé | Déclaration : Je soussigné(e), déclare avoir rénond | u de fa | con sin | còre any quadione ani mbut iti a ci i | | | | | | | | | | | | |
| PITICATION DE DIVUIGATION DE DONNELLES. Je déclare par la présente que jour deviendont que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès conformément à la législation nationale. Le secret médical sera respecte à tout moment, position 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 Eutrs membres afin de faciliter l'application de l'ARA-MED-150 (c) (4) Date : 24/09/21 Signature du demandeur: Signature du médecin examinateur: Signature du médecin examinateur: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| position de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MEDA 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 pervent être stockées delectroinquement et mis à la 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: Or Patriche de l'ARA MED. 150 (c) (4). | ressionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir u teront la propriété de l'autorité qui délivre | ne éva | luation a | aéro médicale ou dans le cadre d'un recours. En rec à condition que moi-même ou mon me | onnais édecin | sant | t que ces docum uisse v avoir | ents ou données stockées électroniquement doi accès conformément à la législation | u méd vent ét | lecin év re utilis | aluateur de l'autorité compétente de mon AME a és pour compléter une évaluation médicale et de | iinsi qu viendre | aux ont et | | | |
| Signature du médecin examinateur : Or Patrick Communique Signature du médecin examinateur : Or Patrick Communique Signature du médecin examinateur : Or Patrick Communique Signature du médecin examinateur : | position de mon AME afin de fournir les donnée | ERSO s histo | nnell riques | ES: Je déclare par la présente que j'ai été informé et requises dans le MED.A.035 (b) (2) (ii) / (iii) / | t que je ainsi c | con qu'au | mprends que les ux assesseurs i | données contenues dans mon certificat médical médicaux des autorités compétentes des État | selon s mer | naic. l'ARA.l nbres a | MED.130 peuvent être stockées électroniquemen fin de faciliter l'application de l'ARA MUD.1 | mon | nent. s à la | | | |
| Neg Cine According to the Neg Cine According | | | | | | | | | . mer | uicies u | an de faciliter i application de l'ARA MED.1 | 50 (C) | (4). | | | |
| Pél Formulair de la filonomia | -1/00/ | | 1 | | | | | | 8.10 | 1 | A. Patrick Francis | | | | | |
| Pél Formulair de la filonomia | , / | | | | | | | | | - | Ned Cine Aeronautique | | | | | |
| | | | | | | | | - | Réf Forr | nulaire p | Our demands de certificat médical HXXVI (1981 2019/1002/5 | R 03,09,7 | 2019 | | | |



RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

| POUR REMPLIR CET | TE PAG | E UTIL | ISER DE | S LET | TRES MAJUS | CULES - SI | ECRET MF | DICAL |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| NOM: CHERGUI Prénoms: | FA: | YCA | +_ | HIJATA | MA DOICCODO | / 1 1 /4 ** * * * * * * * * * * * | | |
| (201) Catégorie d'examen (202) Taille (203) Poids | (204) | | | | de naissance (206) Tension art | MUGER | ALGE | RIE |
| ☐ Initial ☐ Prorogation | coul | eur | couler | ir | TO A SERVICE STATE OF THE PARTY | mmHg | (207) Pouls a | au repos |
| Renouvellement 1 77cm 16 | MARA | RON | Nois | 2 | Systolique | Diastolique | Pulsations | Rythme |
| Special Special | | | | | 120 | 80 | (bpm) | régulier irrégulier |
| Examen clinique : Cochez chaque item (208) Tête, face, cou, cuir chevelu | normal | anorm | | | | | normal | |
| (209) Cavité bucale, gorge, dents (210) Nez, sinus | A | | (219) A | nus, re | en, hernie, foie, rat ectum (si nécessai | e re) | 12 | |
| (211) Oreilles, tympans, compliance tympanique | A W | | (220) st | /stème | génito-urinaire e endocrinien, thyr | | Ø2 | |
| (212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels | A | | (222) N articula | embre | s supérieurs et inf | érieurs, | 2 | |
| (213) Yeux – pupilles | | | (223) C | olonne | vertébrale et appa | areil | | |
| (214) Yeux – mobilité oculaire, nystagmus (215) Poumons, thorax, seins | Ø | П | muscule (224) E | xamen | neurologique- réfl | exes etc | 7 | |
| (216) Cœur | Ø, | | (225) P | sychiat eau, ma | rie arque d'identificati | on, syst. | 0 | ā |
| (217) Système vasculaire | | | lymphai | ique | | , -, | 刺 | |
| (228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Repor | tez le num | néro de l' | item avant o | haque | commentaire | | | chece = 0 |
| CDD. A380. 56 and have Series (39). | 3. | Hin | serger | 4 2 |)/+. | | 10 | n |
| Man. sends. (24). | | | | | | | JT. | fle =0 |
| · · | | | | | | | C/C | 1/ =0 |
| Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens app | rofondis) | | (235) Ana | vse d' | urine | Normale 📝 | spar | ir.ar. |
| Corrido à | unettes/C | ontact | Glucos | 0 | Protéines (| | | rmale 🔲 |
| Cil gauche sans correction Corrigée à Vision binoculaire, sans correction Corrigée à | 0 | | Rapport | s anne | exés | Non réalisé | Date no | ormal anormal |
| (230) Vision Intermédiaire sans correction a | vec corre | ction | (238) EC (239) Au | G | nme | 1 2h | | |
| Œil droit | | Von | (240) Exa (241) Exa | amen C | Ophtalmologique | | | |
| Œil gauche Vision binoculaire | | | (242) Lip | des sa | nguins | 0 24 | -4 (1) | Z. |
| (231) de près sans correction a | vec correc | ction | (320) Tono | métrie C | | lg 🔲 | | |
| Œil droit | | lon | (244) Div | The state of the s | | | | |
| CEil gauche Vision binoculaire | A | | générale d | om et lans l' | signature du mé AeMC et sa prop | decin examina Osition d'antit | teur de méde | ecine |
| (232) Lunettes (233) Lentilles de | | | Avis: | - | 1 | Nom: | r Patriet 60 | PDEA |
| Type: Non L Oui L | Non 🔲 | | | À. | 1 | Signature | Abda Tab B PLAN | autique |
| Réfraction Sph Cylindre Axe Cil droit | Ajoute | ər | | M | u | 3 | DOOGHANACS | DTA/08 AA 00773 |
| Œil gauche | | | (247) Décis | sion di | u médecin-chef d | 1 | Marie Salar Sa | |
| (313) Perception des couleurs Normale ☐ Tables pseudo-isochromatiques 7 Type I S H I H A R | Anorma | le 🗆 | APTE p | our la | classe: | e l'AeMC ou d | u medecin aç | réé |
| Nombre de tables présentées Nombre d'erreurs | 0 | | certificat | nédical d | délivré par le soussign la classe : | é (copie jointe) pou | ur la classe: | |
| (234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens appro (si 239/241 non réalisé) | | | | | ia ciasse : e évaluation complé | mentaire, dans | l'affirmative ind | iquer: |
| Tests de Voix de conversation perçue Oui | reille gaud Oui | | le destina | ataire : | | , auno | · ammauve, ma | iquei. |
| Audiométrie éventuelle | Non | | le motif : | | | | | |
| Ц- | 000 600 | 00 | ≻Renvoi/cond | | d | | | |
| Oreille gauche | | | complet et les | reporter : | rise antérieurement par sur le certificat d'aptitud | romic au candidat | | t le libellé |
| (236) Fonction respiratoire (237) F VEMS/CV % Peak Flow (I/min) | lémoglob | | Libellé : | | ····· | . au | | |
| Normal | ☐ Anorma | ′dl) al□ | Champ d' | applica | ation CLASSE | 1 CLASSE 2 | LAPL | PNC/CCA |
| (248) Commentaires, limitations : | | | du ce | rtificat | | A | | |
| C11 | | | | | | | | |
| OIL. | 1- | 0 | | 0 | - (| 200 | a R. | 19 |
| PX | M | M | be - | 1 | -> | 25.0 | 1 -00 | |
| V | | | | | | | | |
| (249) Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du méd | lecin agré | é | | | | | | |
| Je soussigne certifie que j'ai personnellement examiné (ou et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contier | aug man | ~~~ | e médecins | -consei | ils agréés a exami | né) le demande | eur mentionné | ci-dessus |
| (250) date : Nom et adresse du médecin-chef | | CONSIGIA | uons a une | nanier | Cachet du médecin de | Dr. Patrick C | ORREA | |
| et lieu: Graewic ou du medecin agree: Fax: | | | | no etgen | l'AeMC ou du médecir et signature: | agreecine Aktor | LIGHT STATE I | Aprictations |
| Th-03 - Cold Telephone: E-mail: | | | | | | BGAC N° 3857 - F | AA 00773 | |

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

TRANCE

III Numéro de certificat / Certificate number TRA- 702- Acros 23416

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

CHERGOI Tayan

XIV Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY) 131041

VI Nationalité / Nationality

FRANCAISE

VII Signature du titulaire / Signature of holder

Certificat médical de Classe 1 Class 1 medical certificate

Date d'expiration du certificat médical pour (JJ/MM/AAAA) / Expiry date of this certificate for (DD/MM/YYYY)

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

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

Classe 2 / Class 2 0 8 NOV 2022

LAPL / LAPL

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

Or Patrick CORREA

XIII Limitations I Limitations

Code - Description / Code - Description

Date of medical examination Date de l'examen médical /

Date of last electrocardiogram Date du dernier électrocardiogramme /

Date of last audiogram Date du dernier audiogramme /