

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 : PLEKHOFF		(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) : YOURI		(4) Nom de naissance : PLEKHOFF							
(6) Date de naissance : 03/04/1998		(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>							
(8) Lieu et pays de naissance :		(12) Genre sollicité : initial <input type="checkbox"/> renouvellement/prorogation <input checked="" type="checkbox"/>							
(10) Adresse permanente : LE MOULIN DE L'ETANG 51700 CHATILLON / MARNE Pays : FR N° de téléphone : 06 7317 7810 Courriel : youri.plekho@live.fr		(14) Type de licence désirée : ATPL							
(11) Adresse postale : (si différente)		(15) Profession (principale) : PILOTE HELICOPTERE							
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéro de licence Pays de délivrance		(16) Employeur :							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">ATPL(H)</td> <td style="width: 40%;">AH00393500</td> <td style="width: 30%;">FRANCE</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		ATPL(H)	AH00393500	FRANCE				(17) Dernier examen médical : Date : 18/12/2023 Lieu : DAKAR	
ATPL(H)	AH00393500	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 <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails : VERRE CORRECTIF							
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :		(21) Nombre total d'heures de vol : 3150							
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> consommation journalière <input checked="" type="checkbox"/> unités		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : ~ 300							
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input type="checkbox"/> Non actuellement <input checked="" type="checkbox"/> Date de l'arrêt : +6 ans		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : AW139							
(30) Remarques :		(25) Type de vol envisagé : OFFSHORE / SAR							
(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.		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input checked="" type="checkbox"/> Multi-pilote <input checked="" type="checkbox"/>							
(32) Consentement à la publication d'informations médicales : En cas de nécessité, j'autorise la transmission de ces données et de mes 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 avec médicale ou dans le cadre d'un recours. En reconnaissance que ces données ou données stockées électroniquement doivent être utilisées pour compléter une évaluation médicale et devraient et restent la propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que moi-même ou mon médecin presse y avoir accès conformément à la législation nationale. Le secret médical sera respecté à tout moment.		(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 :							
(33) 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'AR.MB.D.130 peuvent être stockées électroniquement et mis à la disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MEDA 035 (b) (2) (i) / (ii) ainsi qu'aux assessesurs médicaux des autorités compétentes des États membres afin de faciliter l'application de l'AR.MB.D.150 (c) (4).		(30) Remarques :							

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			
(101) Maladie ou opération oculaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage		
(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 crânien ou commotion		
(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		
(104) Allergie ou rhume des foins	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(115) Accès de vertige/évanouissement		
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(116) Perte de conscience quel que soit le motif		
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...		
(107) Tension artérielle élevée ou basse	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature		
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue		
(109) Diabète ou désordre hormonal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(120) Tentative de suicide ou automutilation		
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(121) Mal des transports nécessitant médication		
(111) Surdité ou maladie des oreilles	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines		
			(123) Paludisme, autre maladie tropicale		
			(124) Test VIH positif		
			(125) Maladie sexuellement transmissible		
			(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil		
			(127) Maladie musculaire ou squelettique		
			(128) Toute autre maladie ou blessure		
			(129) Hospitalisation		
			(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical		
			(131) Assurance vie refusée pour motif médical		
			(132) Refus de licence de vol pour motif médical		
			(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical		
			(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie		
			Antécédents familiaux		
			(170) Affection cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			(171) Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			(172) Taux élevé de cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			(173) Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			(174) Maladie mentale/suicide	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			(175) Diabète	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			(176) Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			(177) Allergie/asthme/eczéma	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			(178) Maladie héréditaire	<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"/>

Date : **04/12/2024**

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :



RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)
 POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : **PLEKHOFF** Prénoms : **YOURI** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **03/04/1988**
 Lieu de naissance : **REIMS - FR**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 181 cm	(203) Poids 85 kg	(204) Yeux couleur Vert	(205) Cheveux couleur Brun	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique 131	Diastolique 85	Pulsations (bpm) 56	Rythme <input 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 buccale, 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 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) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire					

EDS AW 133. Hélicoma - 36 ans. En couple. Separié. Actif.

Tabaq = 2
 Alc = occ
 Sport = 2-3/sem
 III = 0

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

Œil droit sans correction	Corrigée à	Lunettes/Contact
Œil gauche sans correction	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	

(230) Vision Intermédiaire N14 lu à 100cm

Œil droit	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil gauche	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non

(231) de près N5 lu à 30 - 50cm

Œil droit	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil gauche	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non

(232) Lunettes (Oui Non)
 Type : Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter
 Œil droit
 Œil gauche

(233) Lentilles de contact (Oui Non)
 Type : Cylindre Axe Ajouter

(313) Perception des couleurs Normale Anormale
 Tables pseudo-isochromatiques Type **ISHIHARA**
 Nombre de tables présentées **69** Nombre d'erreurs **0**

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

Oreille droite	Oui	<input checked="" type="checkbox"/>	Oreille gauche	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 VEMS/CV % Peak Flow (l/min)
 Normal Anormal Normal Anormal

(237) Hémoglobine (g/dl)
 Normal Anormal

(248) Commentaires, limitations :
VDL
Apte classe 1 -> 18-01-2026

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

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	04-12-24	<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"/>		<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 : _____ Signature : _____

(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 <input checked="" type="checkbox"/>	CLASSE 2 <input type="checkbox"/>	LAPL <input type="checkbox"/>	PNC/CCA <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 : **04-12-2024**
 et lieu : _____

Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé :
 Fax : _____
 Téléphone : _____ E-mail : _____

Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature :
Dr Patrick CORREA
 Médecine Aeronautique
 SINAPE
 Réf. Rapport examen médical 03.09.2019
 DGAC N°3857 - FAA-00773

3, Av. des Ambassades
 DAKAR SENEGAL

Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence	IANEE
Numéro de certificat / Certificate number	LCHD 00313500
Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder	Wii Flekshoff
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)	04-12-1988
Nationalité / Nationality	argaise
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)	18-01-2026
Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers	18-01-2026
Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations	
Classe 2 / Class 2	04-12-2025
LAPL / LAPL	04-12-2025

XIII Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description	VOL
X Date de délivrance / Date of issue	04-12-2024
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	04-12-2024
Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram	04-12-2024
Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram	18-12-2023

s lequel la licence de pilote a été du demandée / Authority that issued the pilot licence F	e certificat / Certificate number 00313500	rénom du titulaire / Last and first older Leckhoff	naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of MM/YYYY 1988	/ Nationality de	u titulaire / Signature of holder RA
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------	----------------------------	------------------------------------------------

II Certificat médical de Classe 1 Class 1 medical certificate	IX Date d'expiration du certificat médical pour (JJ/MM/AAAA) / Expiry date of this certificate for (DD/MM/YYYY)	Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers 18-01-2026	Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations 18-01-2026	Classe 2 / Class 2 04-12-2025 LAPL / LAPL 04-12-2025
--------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------

XIII Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description VSL	X Date de délivrance / Date of issue 04-12-2024	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 04-12-2024	Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram 04-12-2024	Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram 18-12-2023
--------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------