

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 : GARNIER		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☐ Classe 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA ☐	
(4) Nom de naissance CENTEIO		(12) Genre sollicité ☐ initial ☒ renouvellement/prorogation	
(5) Prénom(s) : LIZETE		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 06/09/1972	
(7) Sexe : Masculin ☐ Féminin ☒		(14) Type de licence désirée : CPL	
(8) Lieu et pays de naissance : SEMUR EN AUXOIS (FRANCE)		(9) Nationalité : FRANCAISE	
(10) Adresse permanente : 2 CHEMIN VALLEE DES GHENINS 89500 LES BORDES Pays : FRANCE N° de téléphone : 0686995842 Courriel : lizete.garnier@gmail.com		(11) Adresse postale : (si différente) Pays : N° de téléphone :	
(16) Employeur :		(17) Dernier examen médical : Date : 05/05/2021 Lieu : DOCTEUR CORREA DAKAR	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types : Numéro de licence : Pays de délivrance : CPL(A) FRA.FCL.CA00347878 FRANCE		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ☒ Oui ☐ détails :	
(20) Est ce qu'une autorité aéronautique a refusé de vous délivrer un certificat médical, prononcé une décision de retrait ou de suspension de celui-ci ? Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu :		(21) Nombre total d'heures de vol : 241	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu :		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 46	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non ☒ Oui ☐ consommation journalière unités		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : SEP / MEP	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais ☐ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt : Oui ☒ type et quantité : OCCASIONNEL		(25) Type de vol envisagé :	
		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☒ Multipilote ☐	
		(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non ☒ Oui ☐ Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi :	

Antécédents généraux et médicaux : avez vous des antécédents connus d'une des maladies suivantes ?

A chaque question répondez en cochant OUI ou NON (ou selon ce qui est indiqué). Détailliez dans la rubrique « (30) remarques »

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non	
(101) Maladie ou opération oculaire	☐	☒	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	☐	☒	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	☐	☒	Antécédents familiaux			
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	☒	☐	(113) Traumatismes crâniens ou commotion	☐	☒	(124) Test VIH positif	☐	☒	(170) Affection cardiaque	☐	☒	
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	☐	☒	(114) Maux de tête fréquents ou graves	☐	☒	(125) Maladie sexuellement transmissible	☐	☒	(171) Hypertension artérielle	☐	☒	
(104) Allergie ou rhume des foies	☐	☒	(115) Accès de vertige/évanouissement	☐	☒	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	☐	☒	(172) Taux élevé de cholestérol	☐	☒	
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	☐	☒	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	☐	☒	(127) Maladie musculaire ou squelettique	☐	☒	(173) Epilepsie	☐	☒	
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	☐	☒	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	☐	☒	(128) Toute autre maladie ou blessure	☐	☒	(174) Maladie mentale/suicide	☐	☒	
(107) Tension artérielle élevée ou basse	☐	☒	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	☐	☒	(129) Hospitalisation	☒	☐	(175) Diabète	☐	☒	
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	☐	☒	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	☐	☒	(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	☒	☐	(176) Tuberculose	☐	☒	
(109) Diabète ou désordre hormonal	☐	☒	(120) Tentative de suicide ou automutilation	☐	☒	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	☐	☒	(177) Allergie/asthme/eczéma	☐	☒	
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	☐	☒	(121) Mal des transports nécessitant médication	☐	☒	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	☐	☒	(178) Maladie héréditaire	☐	☒	
(111) Surdité ou maladie des oreilles	☐	☒	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	☐	☒	(133) Exempt�� ou réformé du service national pour motif médical	☐	☒	(179) Glaucome	☐	☒	
						(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	☐	☒	A remplir uniquement pour les femmes			
									(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	☐	☒	
									(151) Etes-vous enceinte ?	☐	☒	

(30) Remarques : *123: GEN chirurgie pour LCA pour G. st  tisme à 18a à t  b G.    f  rte fin hard sell.   ch  ge à 2a.*

(31) Je soussigné, déclare avoir répondu de façon sérieuse 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 fautive déclaration ou erreur, l'autorit   de licence peut me retirer tout certificat médical d  j accordé ou refuser de me fournir un nouveau certificat médical, sans préjudice de toute autre action applicable en vertu du droit national. Je donne mon CONSENTEMENT A LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MÉDICALES. En cas de nécessité, j'autorise la transmission de ce rapport et de ses annexes, dans le respect du secret médical, au médecin évaluateur de l'autorit   compétente de mon AMI, ainsi qu'aux professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une évaluation médicale ou dans le cadre d'un recours. J'en reconnaisant que ces documents ou données stockées électroniquement doivent être utilisés pour compléter une évaluation médicale et des évaluations et réviser la propriété de l'autorit   qui délivre la licence.    condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès conformément à la législation nationale. Le secret médical sera respecté à tout moment. NOTIFICATION DE DIVULGATION DE DONNÉES PERSONNELLES. Je déclare par la présente que j'ai été informé et que je comprends que les données contenues dans mon certificat médical selon l'ARA MÉD 130 peuvent être stockées électroniquement et mis à la disposition de mon AMI afin de fournir les données historiques requises dans le MÉD A 035 (b) (2) (i) / (ii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des   tats membres afin de faciliter l'application de l'ARA MÉD 150 (c) (4).

Date : *02/05/2012.* Signature du demandeur : *W. J. L.   * Signature du médecin examinateur : *Dr J.-Y. Médecine générale CEA 1A TB-F-05*

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

à joindre au formulaire pour demande de certificat médical)

E PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL



NOM :		Prénoms :		Date de naissance (JJ/MM/AAAA):			
				Lieu de naissance :			
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☒ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 165,6 cm	(203) Poids 54,0 kg	(204) Yeux couleur marron	(205) Cheveux couleur bruns	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 104 Diastolique 70		(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 65 Rythme ☒ régulier ☐ irrégulier

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal	normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	☒	☐	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	☒
(209) Cavité buccale, gorge, dents	☒	☐	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	☒
(210) Nez, sinus	☒	☐	(220) système génito-urinaire	☒
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	☒	☐	(221) Système endocrinien, thyroïde	☒
(212) Yeux - orbites et annexes, champs visuels	☒	☐	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	☒
(213) Yeux - pupilles	☒	☐	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	☒
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	☒	☐	(224) Examen neurologique- réflexes etc	☒
(215) Poumons, thorax, seins	☒	☐	(225) Psychiatrie	☒
(216) Cœur	☒	☐	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	☒
(217) Système vasculaire	☒	☐	(227) Etat général	☒

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

49 ans. en fin de fonction. Révisé 3 ans (22.14.12)

- base 1 cigarette / semaine
- alcool : 103 g / semaine
- Red : P
- sport : CAP. intensité 1

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

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)	Lunettes/Contact
Oeil droit sans correction	10
Oeil gauche sans correction	10
Vision binoculaire, sans correction	10

(230) Vision Intermédiaire	sans correction	avec correction
N14 lu à 100cm	Oui Non	Oui Non
Oeil droit	☒	☒
Oeil gauche	☒	☒
Vision binoculaire	☒	☒

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

(232) Lunettes	(233) Lentilles de contact
Oui ☒ Non ☐	Oui ☐ Non ☒
Type : <u>PROGRESSES</u>	Type : <u>PROGRESSES</u>
Réfraction Sph	Cylindre
Oeil droit +0,25	Axe
Oeil gauche	Ajouter

(313) Perception des couleurs	Normale ☐ Anormale ☐
Tables pseudo-isochromatiques	Type I S H I H A R A
Nombre de tables présentées	Nombre d'erreurs

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)	(si 239/241 non réalisé)
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	Oreille droite Oreille gauche
	Oui ☒ Non ☐

Audiométrie éventuelle	
Hz	500 1000 2000 3000 4000 6000
Oreille droite	
Oreille gauche	

(236) Fonction respiratoire	(237) Hémoglobine
VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)
Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐

(248) Commentaires, limitations :

VNL

Apte classe 1 → 05/05/2023

(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 : 02/05/2022	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé :	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature :
et lieu : Toulouse Blagnac	Fax :	Numéro d'AME :
Telephone :	E-mail :	

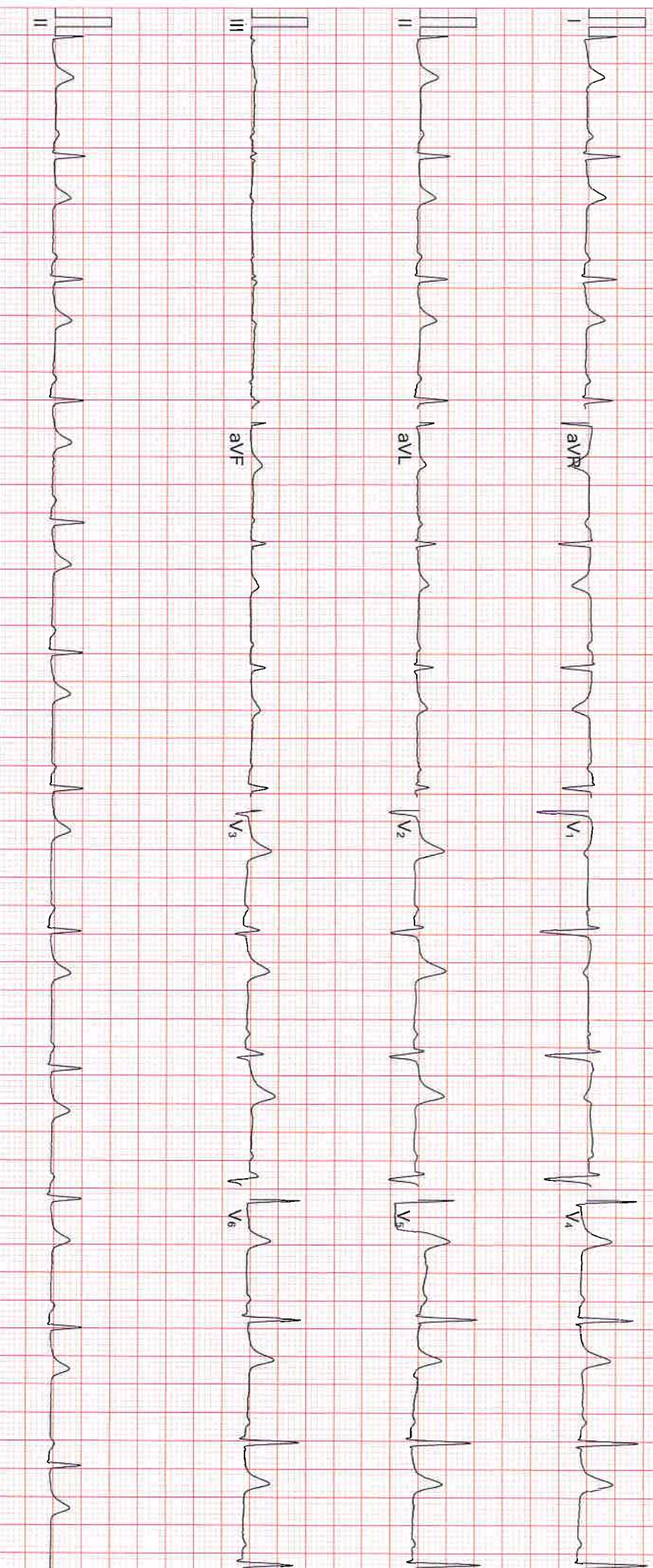
ECG

CEMATB

NOM: Lizete Garnier ID : 14254 Genre : Femme Age : 49 DOB : 09-06-1972 Date of Test : 05-02-2022 10:44
Case # : Investigation # : Médecin Référent: Pauline Cansot

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal: On Filtre ADS: On



Fréquence : 1000 Hz Intervalle QT : 416 ms
Durée Echantillon : 14 s Intervalle QTc : 426 ms
FC : 63 bpm Axe P : 25.8°
Durée P : 87 ms Axe QRS : 39.2°
Durée QRS : 76 ms Axe T : 36.1°
Durée T : 310 ms RV5/SV1 : 1.11/0.85mV
PQ Interval : 149 ms RV5+SV1 : 1.95mV

Suggestion :

Signature Médecin:

Dr J-Y LAFAYE
Médecin Généraliste
CEMATB-F-05



Signature du titulaire/Holder's signature

W. J. L. L.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Type	Type	Code du pays	Country code
------	------	--------------	--------------

Passport 0*22020474

19FF95713

Nobuhiro Sugita (7)

CENTEIO ép. GARNIER

Prénoms

Lizete

Nationalité (Nationality) (1) Sexe/Sex (2) Taille/Height (3) Couleur des yeux/Colour of eyes (4)

Française

F 1,65 m MARRON

Date de naissance: 05/02/1971 Lieu de naissance: Place of birth: (b)

06 09 1972

SEMUR-EN-AUXOIS

Date of delivery: 11/01/2014

Domicile/Residence (1)

19 11 2019

ROUTE DES ALMADES - ZONE 6
DAKAR
SENEGAL

Autorità: **Autore** (92)

DAKAR-
CONSULAT GENERAL DE FRANCE

Date d'expiration / Date of expiry (6)

18 11 2029

P<FRACENTEIO<<LIZETE<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<
19FF957131FRA7209064F2911180<<<<<<<<<<<<<<<02

