

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 : BILLARD		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☒ Classe 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA ☐	
(5) Prénom(s) : SOUNDRA YAN VETEA		(4) Nom de naissance	
(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 20/03/1980		(7) Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐	
(8) Lieu et pays de naissance : PARTEITE TAHITI		(14) Type de licence désirée : EASA	
(10) Adresse permanente : 140 AV de la Division LECLERC 95160 Montmorency		(15) Profession (principale) : PILOTE DE LIGNE	
(11) Adresse postale (si différente)		(16) Employeur : AIR SÉNÉGAL SA	
(12) Genre sollicité ☐ initial ☒ renouvellement/prorogation		(17) Dernier examen médical : 14/10/2021	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types : EASA Numéro de licence : FRA.FCL.AA0250673 Pays de délivrance : 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 : 3900h	
(22) Type de vol envisagé : Commercial		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : A320 F	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu :		(25) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☐ Multipilote ☒	
(26) Consommez vous de l'alcool ? Non ☐ Oui ☒ consommation journalière 1 unités		(27) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non ☒ Oui ☐ Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi :	
(28) Consommez vous du tabac ? Non jamais ☐ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt : Oui ☒ type et quantité : 2-cig x 1 unité			

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	
(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	☐	☒	
									A remplir uniquement pour les femmes			
									(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	☐	☐	
									(151) Etes-vous enceinte ?	☐	☐	

(30) Remarques :

(31) Declaration : Je soussigné, déclare avoir répondu de façon s c re 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 d j accordé ou refuser de me fournir un nouveau certificat médical, sans préjudice de toute autre action applicable en vertu du droit national.

CONSENTEMENT   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'autorité compétente de mon AME; ainsi qu'aux professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une évaluation médicale ou 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 et resteront 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 DONNÉES PERSONNELLES : Je déclare par la présente que j'ai été informé et que je comprends que les données détenues 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  tats membres afin de faciliter l'application de l'ARA MED.150 (c) (4).

Date : **21/09/2022**

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

Dr Patrick CORREA
Médecin Aéronautique
MD/04/ANAC/SID/TA/08
DGAC N 3857 - FAA-00773

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : BILLARD		Prénoms : SANDRA		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 20/03/1980		Lieu de naissance : PAPEETE TAHITI	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 180 cm	(203) Poids 83 kg	(204) Yeux couleur Ambr	(205) Cheveux couleur Brn	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 133 Diastolique 85	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 72 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

PNT. 052. A320. Air Seugul. (Ann 2022). Divorcé. 2 enf.
(226)

Tobac = 5/10
Alc = acc.
TT = 0
Sport = 0

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

	Lunettes/Contact			
Œil droit sans correction	10	Corrigée à		
Œil gauche sans correction	10	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à		

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

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

(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact	
Oui ☐	Non ☒	Oui ☐	Non ☐
Type :		Type :	
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe
Œil droit			Ajouter
Œil gauche			

(234) Perception des couleurs	Normale ☐	Anormale ☐
Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIIHARA	
Nombre de tables présentées	0	Nombre d'erreurs 20

(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 ☒ Non ☐	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 :

(33) Test d'aptitude de Borne RAS.
Tb: 236g/l. à renouveler.

Apté classe 1 -> 16-10-2023.

(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 : 21.05.2022	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : Fax : E-mail : Telephone :	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : Numéro d'AME :
--------------------------------	--	---

Dr Patrick CORREA
3. Av. ...
CANON GENEAL

Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N°3857 - FAA-00773