

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence :		(13) N° référence:	
FRANCE			
(3) Nom :		(4) Nom de naissance	
NDIAYE		(5) Prénom(s) : MAMADOU	
(8) Lieu et pays de naissance :		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	
DAKAR, SENEGAL		(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	
(10) Adresse permanente :		(9) Nationalité : SENÉGALAISE	
Pays : SENEGAL N° de téléphone : 78 5267440 Courriel : NDIAYEAIR @ GMAIL.COM		(11) Adresse postale : (si différente) Pays : N° de téléphone :	
(18) Licence(s) de vol possédée(s)		(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation	
types		Numéro de licence	Pays de délivrance
CPL		FRA.FCL.CAD037629	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 ?		(14) Type de licence désirée : Classe 1 <input checked="" type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/>	
Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date :		Lieu: Détails :	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ?		(15) Profession (principale) : PILOTE TRANSPORT	
Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date :		(16) Employeur : ARMEE DE L'AIR	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		(17) Dernier examen médical : Date : 11/04/2023 Lieu : CEMPN TOULOUSE BLAGNAC	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt : Oui <input type="checkbox"/> type et quantité :		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :	
(21) Nombre total d'heures de vol : 1050 (22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 300			
(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : CASA 235, DA 40, DA 42			
(25) Type de vol envisagé : INSTRUCTION			
(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input checked="" type="checkbox"/> Multipilote <input type="checkbox"/>			
(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:			

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	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(101) Maladie ou opération oculaire		(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage		(123) Paludisme, autre maladie tropicale		Antécédents familiaux	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact		(113) Traumatismes crânien ou commotion		(124) Test VIH positif		(170) Affection cardiaque	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(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	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(104) Allergie ou rhume des foins		(115) Accès de vertige/évanouissement		(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil		(172) Taux élevé de cholestérol	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(105) Asthme ou maladie pulmonaire		(116) Perte de conscience quel que soit le motif		(127) Maladie musculaire ou squelettique		(173) Epilepsie	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux		(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...		(128) Toute autre maladie ou blessure hepatite B		(174) Maladie mentale/suicide	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(107) Tension artérielle élevée ou basse		(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature		(129) Hospitalisation		(175) Diabète	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(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	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(109) Diabète ou désordre hormonal		(120) Tentative de suicide ou automutilation		(131) Assurance vie refusée pour motif médical		(177) Allergie/asthme/eczéma	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(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	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(111) Surdit ou maladie des oreilles		(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines		(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical		(179) Glaucome	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A remplir uniquement pour les femmes							
(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation							
(151) Etes-vous enceinte ? <input type="checkbox"/>							

(30) Remarques : **(128) 2013 - Hepatite B, rumin = RAS**

(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 refuser 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 À 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 aéro 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 deviennent et resteront la propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que moi-même ou mon médecin puissent 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'ARAMED.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) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARAMED.130 (c) (4).

Date : **09/04/2024**

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

Dr Patrick LEARE
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
09/04/2024

Ref Formulaire pour demande de Certificat Médical ED-DGAC-2019/00273 03.09.2019

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

NOM : N'DIAYE		Prénoms : MAMADOU		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 12/01/1992 Lieu de naissance : DAKAR, SÉNÉGAL			
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 185 cm	(203) Poids 78 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 136 Diastolique 76	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 78 Rythme régulier	

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) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

*Fidèle. Professionnel. Instantané. Base lib. fare. 32 ans. Naïf & expert.
Tabacco
Alcool
Spunk = 3x/sem.*

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	
	Oui	Non	Oui	Non
N14 lu à 100cm	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(231) de près	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
N5 lu à 30 - 50cm	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact		
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Type :
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter
Œil droit				
Œil gauche				

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

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)		Oreille droite	Oreille gauche
(si 239/241 non réalisé)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

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

(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine	
VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)	157 (g/dl)	
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>

(248) Commentaires, limitations :
(263) Triglycerides 1,56 à sanguin

(235) Analyse d'urine Normale Anormale

Glucose <input checked="" type="checkbox"/>	Protéines <input checked="" type="checkbox"/>	Sang <input checked="" type="checkbox"/>	Autres <input type="checkbox"/>
---	---	--	---------------------------------

Rapports annexés		Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG		09-04-96	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(239) Audiogramme		09-04-96	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(240) Examen Ophtalmologique		09-04-96	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(241) Examen ORL		09-04-96	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(242) Lipides sanguins		09-04-96	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(243) Fonction respiratoire		09-04-96	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(320) Tonométrie G : D : mmHg			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(244) Divers(Sujet?)			<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

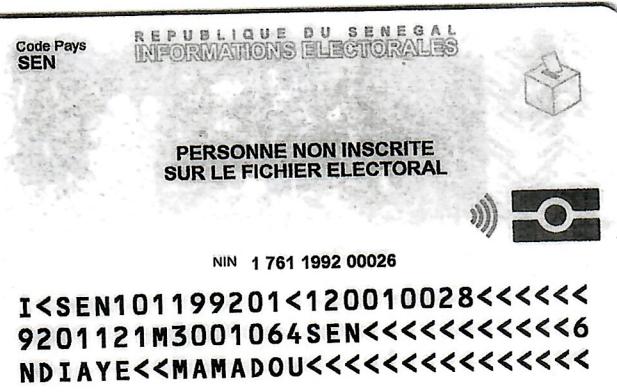
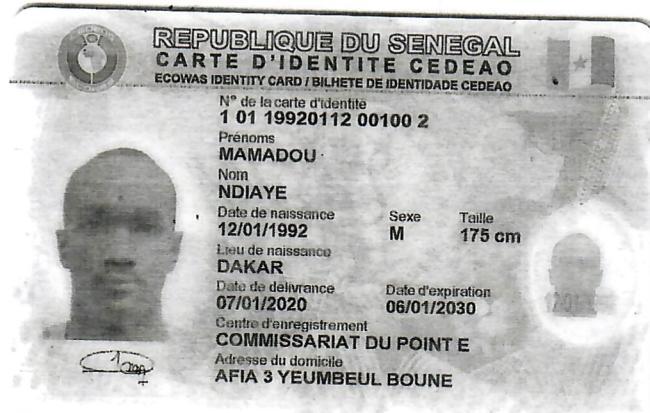
Avis :	<i>APTÉ</i>	Nom : Dr Patrick CORREA
		Signature Médecin Aéronautique
		SN-MED-004

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

<input type="checkbox"/> APTE pour la classe:				
<input type="checkbox"/> certificat médical délivré par le soussigné (copie jointe) pour la classe:				
<input type="checkbox"/> INAPTE pour la classe :				
<input type="checkbox"/> 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 soussigne 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 : 09-04-2024	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé: DR PATRICK CORREA	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature: Dr Patrick CORREA
et lieu: 3, Av. des Ambassades	E-mail: 3, Av. des Ambassades	Numéro d'AME: SN-MED-004
		DGAC N°3857 - FAA-00773



LAPL / LAPL
11 / 04 / 2028

Fra - AEMC - 05
Médecin chef
Dr P. JOURDAN

14042022

Date du dernier audiogramme /
Date of last audiogram

Date du dernier électrocardiogramme /
Date of last electrocardiogram

11/04/2023

Date de l'examen médical /
Date of medical examination

11 / 04 / 2023

X Date de délivrance / Date of issue
Signature de l'AEMC ou de l'évaluateur médical /
Signature of issuing AEM or medical assessor

11 / 04 / 2023

X Date de délivrance / Date of issue
Code - Description / Code - Description

XIII Limitations / Limitations
Code - Description / Code - Description

II Certificat médical de Classe 1

Passenger
for (DD/MM/YYYY) /
Date de délivrance du certificat pour
Classe 1, autres opérations commerciales /
avec transport de passagers /
Classe 1, autres opérations commerciales monoplace
MDA/VE
14 / 04 / 2024
Date de naissance (DD/MM/AAAA) / Date of birth
Name of holder / Last and first name
SN (SENEGAL)
VI Nationalité / Nationality
Institution (DD/MM/YYYY)
XV Date de naissance (DD/MM/AAAA) / Date of birth
Name of holder / Last and first name
MMADOU
VII Numéro de certificat / Certificate number
I Est dans lequel la licence a été émise
or to issue the pilot license
France
VI Nom et prénom du titulaire / Last and first name
of the holder
MAKAR
XVII Date de naissance (DD/MM/AAAA) / Date of birth
Name of holder / Last and first name
NDAVE
VIII Signature du titulaire / Signature of holder
Signature /

MED.A.020 Diminution de l'aptitude médicale

- a) Les titulaires n'exercent à aucun moment les priviléges de leur licence et des qualifications ou certificats qui y sont liés :
- 1) une diminution importante de leur aptitude médicale susceptible de les rendre incapables d'exercer ces priviléges en toute sécurité ;
- 2) prennent ou utilisent des médicaments ou non prescrits qui sont susceptibles d'influer sur l'exercice en toute sécurité des priviléges de la licence en question ;
- 3) reçoivent tout traitement médical, chirurgical ou autre susceptible d'influer sur la sécurité des vols.

- b) En outre, les titulaires de licence tâchent d'obtenir, sans retard indu, un avis aéromédical :
- 1) s'ils ont subi une opération chirurgicale ou une procédure invasive ;
- 2) s'ils ont entamé la prise régulière d'un médicament ;
- 3) s'ils souffrent de toute blessure importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
- 4) ont une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
- 5) en cas de grossesse ;
- 6) s'ils ont été admis dans un hôpital ou une clinique médicale ;
- 7) s'ils ont besoin de verres correcteurs pour la première fois.



CERTIFICAT MÉDICAL

Medical certificate

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DIRECTION GÉNÉRALE
DE L'AVIATION CIVILE
CIVIL AVIATION ALUMINUM PARISIEN - PARIS

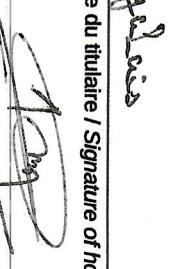
CLASSE 1 / 2 / LAPL
CLASS 1 / 2 / LAPL

European Union

medical certificate

Issued in accordance with Part-MED
Complies with ICAO standards

Except for the LAPL medical certificate

I	Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence
FRANCE	
III	Numéro de certificat / Certificate number
IV	Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder
V	M. Ndiaye
XIV	Date de naissance (JJ/MM/YYYY) / Date of birth (DD/MM/YYYY) 12-01-1952
VI	Nationalité / Nationality Sénégalais
VII	Signature du titulaire / Signature of holder 

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE	DIRECTION GÉNÉRALE DE L'AVIATION CIVILE Civil Aviation Administration - FRANCE
	CERTIFICAT MÉDICAL Medical certificate
CLASSE 1 / 2 / LAPL	

European Union
medical certificate
Issued in accordance with Part-MED
Complies with ICAO Standards
Except for the LAPL medical certificate

Joiner à la licence
Pertaining to a Part-FCI licence

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) 14-04-2025
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 14-04-2025	
X	Date de délivrance / Date of issue 09-04-2024
XIII	Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description

MED.A.020 Diminution de l'aptitude médicale
a) Les titulaires de licence n'exercent à aucun moment les priviléges de leur licence et des qualifications ou certificats qui y sont liés si : 1) ont connaissance d'une quelconque diminution de leur aptitude médicale susceptible de les rendre incapables d'exercer ces priviléges en toute sécurité ; 2) prennent ou utilisent des médicaments prescrits ou non prescrits qui sont susceptibles d'influer sur l'exercice en toute sécurité des priviléges de la licence en question ; 3) reçoivent tout traitement médical, chirurgical ou autre susceptible d'influer sur la sécurité des vols. b) En outre, les titulaires de licence doivent d'obtenir, sans retard indû, un avis aéromédical : 1) s'ils ont subi une opération chirurgicale ou une procédure invasive ; 2) s'ils ont entamé la prise régulière d'un médicament ; 3) s'ils souffrent de toute blessure importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ; 4) s'ils souffrent d'une maladie importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ; 5) en cas de grossesse ; 6) s'ils ont été admis dans un hôpital ou une clinique médicale ; 7) s'ils ont besoin de verres correcteurs pour la première fois.

Date de l'examen médical / Date of medical examination
09-04-2024
Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram
09-04-2024
Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram
09-04-2024
XI Cachet / Stamp

MED.A.020 Decrease in medical fitness
a) Licence holders shall not exercise the privileges of their licence and related ratings or certificates at any time when they : 1) are aware of any decrease in their medical fitness which might render them unable to safely exercise those privileges ; 2) take or use any prescribed or non-prescribed medication which is likely to interfere with the safe exercise of the privileges of the applicable licence ; 3) receive any medical, surgical or other treatment that is likely to interfere with flight safety. b) In addition, licence holders shall, without undue delay, seek aero-medical advice when they : 1) have undergone a surgical operation or invasive procedure ; 2) have commenced the regular use of any medication ; 3) have suffered any significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew ; 4) have been suffering from any significant illness involving incapacity to function as a member of the flight crew ; 5) are pregnant ; 6) have been admitted to hospital or medical clinic ; 7) first require correcting lenses.

Dr Patrick CORREA Médecine Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857-FAA-00773
