

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

(1) Pays de délivrance de licence :			(40) 270 (6)											
Cermany			(13) N° référence:					1 1 H Cl						
(3) Nom : 1			(2) Certificat médical sollicité: C					lasse 1 Classe 2 LAPL PNC/CCA						
Liepe	(,, ,, on de naissance					(12) Genre sollicite initial renouvellement/prorogation								
(5) Prénom(s):			(6) Date de naissance (7) Sexe : (JJ/MM/AAAA) Masculin Péminin					(14) Type de licence désirée :						
(8) Lieu et paya de paigagnes								(15) Profession (principale):						
(8) Lieu et pays de naissance :	(9) Nationalité: Levman					(16) Employeur: Transair Awling								
(10) Adresse permanente:	(11) Adresse postale : (si différente)					(17) Dernier examen médical : Date :								
Pays Rade borgers		-					Lieu: Dr. Correa, 2h DAN 23							
N° de téléphone :	Pays:					DV. Covea, 2011(2)								
Courriel: 01900 Cross	-N° de téléphone :					(19) Conditions, limitations du certificat médical:								
(18) Licence(s) de vol possédée(s)								Non Dui détails:						
types	o de licence Pays d													
AIT	of the Levinary					(21) Nombre total d'heures de (22) Nombre d'heures de vol depuis le								
(20) F :						vol: 15900 dernier examen médical: 306								
(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 ?								(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :						
Non Oui Date: Lieu:														
						(25) Type de vol envisagé :								
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical?							(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote Multipilote							
Non 🔼 Oui 🔲 Date : Lieu:								(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non						
								Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi:						
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non 🖸 Oui 🔲 consommation journalière unités								against slightly raised PSI Values (formerly 7,4)						
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais Non actuellement Date de l'arrêt :								against olightly vaised						
Oui type et quantité :		rs Values (formorly +,4)												
Antécédents généraux et médicau A chaque question répondez en co	x : a cha	vez nt O	vous des antécédents connus d' UI ou NON (ou selon ce qui es	une t inc	de liq	es n qué	maladio E). Déta	es suivantes ? illez dans la rubrique « (30)	rem	argi	ues »	,		
(101) Maladie ou opération	Oui	Non	(112) Affection de la gorge, du	Oui	iN	lon				Non		Oui	Non	
oculaire		×	nez, trouble du langage		É		tropica	aludisme, autre maladie le		区	Antécédents familiaux	X		
(102) Avez-vous porté ou portez	-	_	(113) Traumatismes crânien ou commotion		É	X	(124)	est VIH positif		×	(170) Affection cardiaque		8	
vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact			(114) Maux de tête fréquents		ć			Maladie sexuellement	П	ZI.	(171) Hypertension artérielle		K	
(103) Modifications dans la		.,	ou graves (115) Accès de		t	+	transm		_	7		H	7	
prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen		X	vertige/évanouissement		-	_	du som			Q	(172) Taux élevé de cholestérol		X	
(104) Allergie ou rhume des foins		X	(116) Perte de conscience quel	Perte de conscience quel (127) I			Maladie musculaire ou	П	r ()	(173) Epilepsie				
(105) Asthme ou maladie			que soit le motif (117) Affection neurologique :								(174) Maladic mentale/suicide			
pulmonaire		Ø	AVC, epilepsie, convulsions, paralysie, etc		Ż	ΔU	(128) T blessur	oute autre maladie ou		Ŕ	(175) Diabète		Ŕ	
400001111			(118) Troubles psychologiques		t	+		Iospitalisation		1000			_	
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux (107) Tension artérielle élevée ou		凶	/ psychiatrique de toute nature		ď	XIL		decours à un médecin depuis			(176) Tuberculose (177)		卤	
							le dern	r examen médical			Allergie/asthme/eczéma			
basse		Ø	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue		Į.	Á		Assurance vie refusée pour médical		Ø	(178) Maladie héréditaire (179) Glaucome			
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines		X	(120) Tentative de suicide ou								A remplir uniquement pou			
(109) Diabète ou désordre		ĎŹ	automutilation		Į,	Z		Refus de licence de vol pour médical		×	femmes			
hormonal (110) Affection de l'estomac, du		-	(121) Mal des transports		_	. 2	(133) F	xempté ou réformé du			(150) Affection(s) gynécologique, problèmes			
foie ou des intestins		Ø	nécessitant médication		Ď			national pour motif médical		X	de menstruation			
(111) Surdité ou maladie des oreilles		Œ	(122) Anémic/Trait drépanocytaire/autres maladies		È	4	(134) P	ension ou indemnisation essure ou maladie		ĸ	(151) Etes-vous enceinte?			
(30) Remarques :			sanguines			1	pour or	essure ou maiadie						
Bistean open	L	-	. Avila_											
, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,														
(31) Déclaration : Je soussigné(e), déclare avoir répond déclaration ou erreur, l'autorité de licence peut	u de fa	içon sir	ncère aux questions qui m'ont été posées lors du pr	ésent «	exar	men	et ne pas a	voir connaissance de troubles de mon état de s	anté a	utres a	uc ceux que i'ai signalés. Je comprends qu'en ca	as de fi	ancce	
CONSENTEMENT À LA PUBLICATION D'INFORM. professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir u	ATION	IS MEI	DICALES : En cas de nécessité, j'autorise la transmi	ssion	de c	ce rap	pport et de	ses annexes, dans le respect du secret médical,	au mé	lecin é	autre action applicable en vertu du droit valuateur de l'autorité compétente de mon AME a	t natio	onal u'aux	
resteront la propriété de l'autorité qui délivre NOTIFICATION DE DIVULGATION DE DONNEES I	la	licence	, à condition que moi-même ou mon m	édecin	p	puisso	e y avoi	r accès conformément à la législation	natio	ne uun onale.	ses pour completer une evaluation médicale et des Le secret médical sera respecté à tout	viendro t mon	ont et ment.	
Date:			G:		qu t	uu.i	ussesseurs	medicaux des autornes competentes des Etai	is mei	nores a	ann de faciliter l'application de l'ARA.MED.I	50 (c)	(4).	
21 741	-)) Z Signature	uu a	cll	ndf	ideur :	/ s	igna	iture	du médecin examinateur :			
_, _, _	- 1		~ (L	1	~	1		0/						

et lieu:

Fax:

Telephone:

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical) POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Date de naissance (JJ/MM/AAAA): Lieu de naissance : Prénoms: NOM: (207) Pouls au repos (206) Tension artérielle (assis) (204) Yeux (205) Cheveux (202) Taille (203) Poids (201) Catégorie d'examen mmHg couleur couleur ☐ Initial Rythme Pulsations Diastolique Systolique, Prorogation
Renouvellement régulier Bruv L 🗖 irrégulier ☐ Recours spécial anormal normal normal anormal Examen clinique : Cochez chaque item (218) Abdomen, hernie, foie, rate (208) Tête, face, cou, cuir chevelu (209) Cavité bucale, gorge, dents (219) Anus, rectum (si nécessaire) (220) système génito-urinaire (221) Système endocrinien, thyroïde (210) Nez, sinus (211) Oreilles, tympans, compliance tympanique (212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels (222) Membres supérieurs et inférieurs, B П X articulations (223) Colonne vertébrale et appareil M П (213) Yeux - pupilles N musculosquelettique (224) Examen neurologique- réflexes etc (214) Yeux – mobilité oculaire, nystagmus (215) Poumons, thorax, seins X (225) Psychiatrie П (226) Peau, marque d'identification, syst. N X B737 Transair, 62 ers divre, 42 pt Tobers Alecolos Sput-swin, Tit = anhyprosted Sputialie, Profession bon -Topowhale, Normale 🔼 Anormale 🔲 (235) Analyse d'urine Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)
(229) (de loin à (5m/6m en dixième)

Lunettes/Contact Autres Protéines Sang Glucose Corrigée à normal anormal Non Œil droit sans correction Rapports annexés Corrigée à Œil gauche sans correction éalis Corrigée à Vision binoculaire, sans correction (238) ECG (239) Audiogramme
(240) Examen Ophtalmologique
(241) Examen ORL
(242) Lipides sanguins
(243) Fonction respiratoire
(320) Topométrie G: D: mr avec correction sans correction (230) Vision Intermédiaire Oui Non Non N14 lu à 100cm Œil droit Œil gauche Vision binoculaire (320) Tonométrie G: avec correction sans correction (244) Divers(Sujet?): (231) de près Non Oui Non N5 lú à 30 - 50cm (247 bis) Nom et signature du médecin examinateur de médecine 1 Œil droit générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude Œil gauche Nom: Vision binoculaire (233) Lentilles de contact Oui Non 232) Lunettes Signature: Non 🗌 Oui Non 🗆 Type Type: Ajouter Réfraction Œil droit Axe Cylindre Sph (247) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé Œil gauche Normale N Anormale (313) Perception des couleurs ☐ APTE pour la classe: Type ISHIHAR/ certificat médical délivré par le soussigné (copie jointe) pour la classe: Tables pseudo-isochromatiques □ INAPTE pour la classe : Nombre d'erreurs Nombre de tables présentées ☐ Remis pour une évaluation complémentaire, dans l'affirmative, indiquer: (234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis) Oreille gauche le destinataire : Oreille droite si 239/241 non réalisé) Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur Oui Non Õui - 🔀 le motif: Non 🗆 Non Audiométrie éventuelle ➤ Renvoi/concertation 4000 | 6000 Si une décision a été prise antérieurement par l'autorité en inscrire ici les références et le libellé 2000 3000 1000 500 complet et les reporter sur le certificat d'aptitude remis au candidat. Oreille droite Décision N° du du Oreille gauche l ibellé : (237) Hémoglobine (236) Fonction respiratoire Normal Anormal VEMS/CV Peak Flow (I/min) PNC/CCA LAPL CLASSE 1 **CLASSE 2** Champ d'application Normal ☐ Anormal ☐ Normal Anormal du certificat (248) Commentaires, limitations: (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. Cachet du médecin-chef de Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé: l'AeMC ou du médecin agréé et signature:

Numéro d'AME:

Réf Rapport examen médical 03.09.2019