

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence : GERMANY	(13) N° référence:	(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input checked="" type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/>
(3) Nom : LIEBE	(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation
(5) Prénom(s) : RONALD GUNTHER	(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
(8) Lieu et pays de naissance :	(9) Nationalité : Allemagne	(14) Type de licence désirée :
(10) Adresse permanente : c/o Erdmann Radebergerstr. 133 b x	(11) Adresse postale : (si différente)	(15) Profession (principale) : PILOTE
Pays : N° de téléphone : Courriel :	Pays : N° de téléphone :	(16) Employeur : Klas Jet
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéros de licence Pays de délivrance	(17) Dernier examen médical : Date : 21 JUL 2023 Lieu :	(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> détails : VNL
EASA ATPL 3311007+96 25 MAR 2014	(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 :	(21) Nombre total d'heures de vol : 16100
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :	(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : ≈ 200	(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : 1
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités	(25) Type de vol envisagé : 1	(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input checked="" type="checkbox"/>
(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 :	(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi: Medication to keep prostate size	

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

(30) Remarques : **Notion of infect syndrome. treated 2 months ago. without complications.**

(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.

Signature du demandeur : **Cutha**
Date : **08 JAN 2024**
Signature du médecin examinateur : **Dr Patrick CORREA**
Medecin Aeronaotique
SN 123-D-004
DGAC 12345 - FAA 123773

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : LIEBE Prénoms : R. Gunther Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 25 JUN 1961
Lieu de naissance : 25 JUN 1961

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <u>186cm</u>	(203) Poids <u>75 kg</u>	(204) Yeux couleur <u>Gris</u>	(205) Cheveux couleur <u>Brun</u>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <u>112</u> Diastolique <u>83</u>	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) <u>58</u> Rythme <input checked="" 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"/>
(209) Cavité buccale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" 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"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
Captain B737. Klaus jet. (4 months); 62 ans. Separated 4 child.
Appartement for protection on January.
Tobacco = 0
Alcohol = 0
Spant = 0
III = Sustale

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

Œil droit sans correction	Corrigée à	<u>10</u>
Œil gauche sans correction	Corrigée à	<u>10</u>
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	<u>10</u>

(230) Vision Intermédiaire sans correction avec correction
N14 lu à 100cm

Œil droit	Oui	Non	Oui	Non
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(231) de près N5 lu à 30 - 50cm

Œil droit	Oui	Non	Oui	Non
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(232) Lunettes Oui Non
Type : 5

(233) Lentilles de contact Oui Non
Type : _____

Réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter
Œil droit				
Œil gauche				

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

Rapports annexés

Rapports annexés	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	<u>08-01-2024</u>	<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 : Fit. Nom : Dr Patrick CORREA
Signature : Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773

(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	CLASSE 2	LAPL	PNC/CCA
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(248) Commentaires, limitations :
UNL.
Resum. enologie for next visit.
Fit -> 30-07-2024

(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 : et lieu : <u>08-01-2024</u>	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : Fax : Telephone : Dr Patrick CORREA <u>3, Av. des Ambassades</u> DAKAR SENEGAL	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : Patrick CORREA Médecine Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773 Numéro d'AME : _____
--	--	--

Réf Rapport examen médical 03.09.2019

I	Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence DEUTSCHLAND
III	Numéro de certificat / Certificate number DE 67385-7
IV	Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder LIEBE GUNTHER
XIV	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY) 25-06-1961
VI	Nationalité / Nationality DEUTSCH
VII	Signature du titulaire / Signature of holder Guntner

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) 30 JUL. 2024
	Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers 08 JAN. 2025
	Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations 08 JAN. 2025
	Classe 2 / Class 2 08 JAN. 2025
	LAPL / LAPL 08 JAN. 2025

XIII	Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description V02
X	Date de délivrance / Date of issue 08 JAN. 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 08 JAN. 2024
	Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram 08 JAN. 2024
	Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram 24 JAN. 2023