

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 : Lecoindre		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input checked="" type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/>							
(5) Prénom(s) : Guillaume		(4) Nom de naissance Lecoindre	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation						
(8) Lieu et pays de naissance : FRANCE		(6) Date de naissance 22.01.1982	(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>						
(10) Adresse permanente : 18 Bis Rue de Louichab 33170 GRADIGNAN Pays : FRANCE		(9) Nationalité : FRAUCAISE	(14) Type de licence désirée : classe 1						
N° de téléphone : +33699973250 Courriel : guillaume.lecoindre@hmail.fr		(11) Adresse postale : (si différente)	(15) Profession (principale) : Pilote						
(18) Licence(s) de vol possédée(s)		(16) Employeur : OJB Parachutisme							
types Numéroté de licence Pays de délivrance		(17) Dernier examen médical : Date : 28.03.2022 Lieu : Ménégac (33) FRANCE							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">CPZ(A)</td> <td style="width: 40%;">FRA-FCL.CA00233046</td> <td style="width: 40%;">FRANCE</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		CPZ(A)	FRA-FCL.CA00233046	FRANCE				(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :	
CPZ(A)	FRA-FCL.CA00233046	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 ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Date : Lieu :		(21) Nombre total d'heures de vol : 2200							
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Date : Lieu :		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 450							
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> consommation journalière unités		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : C208							
(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 :		(25) Type de vol envisagé : langage Parachutistes							
(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input checked="" type="checkbox"/> Multipilote <input type="checkbox"/>		(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" 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	
(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"/>	Antécédents familiaux			
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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"/>	(170) Affection cardiaque	<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"/>	(171) Hypertension artérielle	<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"/>	(172) Taux élevé de cholestérol	<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"/>	(173) Epilepsie	<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"/>	(174) Maladie mentale/suicide	<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"/>	(175) Diabète	<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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(176) Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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"/>	(177) Allergie/asthme/eczéma	<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"/>	(178) Maladie héréditaire	<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"/>	(179) Glaucome	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(30) Remarques :												
/												

(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. 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 médico-aérienne 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 contenues 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 assessseurs médicaux des autorités compétentes des États membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date : **23.03.2023** Signature du demandeur :  Signature du médecin examinateur : 



RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : LECOINTRE		Prénoms : GUILLAUME		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 22.01.1982			Lieu de naissance : TALENCE - FRANCE	
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 178 cm	(203) Poids 75 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Brun	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 115 Diastolique 74		(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 57 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 bucale, 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
Pilates Profession et langage parachutiste Casque Casavome (4ans) 41 ans - En concubinage. 0 eufh.
Tabcac = 0, Afe = 0, Spaul = 12 dans 0, III = 0.

(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	<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 N5 lu à 30 - 50cm sans correction avec correction

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 Non Type : Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter

Oui Non Type : Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Type **ISHIARA**

Nombre de tables présentées **20** Nombre d'erreurs **0**

(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 <input checked="" type="checkbox"/> Non <input 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)	Hémoglobine
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>		Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>		16,8 (g/dl)

(235) Analyse d'urine Normale Anormale

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

Rapports annexés

Rapports annexés	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	23-03-23	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>	23-03-23	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique	<input type="checkbox"/>	23-03-23	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL	<input type="checkbox"/>	23-03-23	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins	<input type="checkbox"/>	23-03-23	<input checked="" 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 : **Apte** Nom : _____

Signature : **Dr 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 :
Apte classe 1 -> 29-03-2024

(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 : **23-03-2024** et lieu : _____

Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : **Dr Patrick CORREA**
3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL

Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : **Dr Patrick CORREA**
 Médecine Aéronautique
 SN-MED-004
 DGAC N°3857 - FAA-00773

Numéro d'AME : _____

A joindre à la licence
Pertaining to a Part-FCL licence

Except for the LAPL medical certificate

Complies with ICAO standards

Issued in accordance with Part-MED

European Union

medical certificate

CLASSSE I / 2 / LAPL

CLASS I / 2 / LAPL

Medical certificate

CERTIFICAT MÉDICAL



REPUBLIQUE FRANÇAISE
DIRECTION GÉNÉRALE
DE L'AVIATION CIVILE
CIVIL AVIATION ADMINISTRATION - FRANCE

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

FRA.FCL.CA00235046

IV Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder

Leconte Guillaume

XIV Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)

22.01.1982

VI Nationalité / Nationality

Française

VII Signature du titulaire / Signature of holder

MED.A.020 Diminution de l'aptitude médicale

a) Les titulaires de licence n'exercent à aucun moment les privilèges de leur licence et des qualifications ou certificats qui y sont liés s'ils :

- 1) ont connaissance d'une quelconque diminution de leur aptitude médicale susceptible de les rendre incapables d'exercer ces privilèges 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 privilèges 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 tachent 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) 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.

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.

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)

28 SEP. 2022

Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers

29 MARS 2023

Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations

28 MARS 2024

Classe 2 / Class 2

28 MARS 2024

LAPL / LAPL

XIII Limitations / Limitations
Code - Description / Code - Description

X Date de délivrance / Date of issue

28 MARS 2022

Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor

Dr S. NGUYEN HUYNH

Agrément Classe 1, 2LAPL, PNC n° 03900

XI Cachet / Stamp

Praticien confirmé en médecine aéronautique

Camélia

Aéroport de BORDEAUX-MERIGNAC

N° RPPS : 10005195408

Date de l'examen médical / Date of medical examination

28 MARS 2022

Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram

28 MARS 2022

Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram

28 MARS 2022

Except for the LAPL medical certificate

Complies with ICAO standards
Issued in accordance with Part-MED

European Union
medical certificate

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

CERTIFICAT MÉDICAL
Medical certificate



CIVIL AVIATION ADMINISTRATION - FRANCE

**DIRECTION GÉNÉRALE
DE L'AVIATION CIVILE**

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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 FRA-FCL-CAD0235046
IV	Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder LECOMTE Guillemine.
XIV	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY) 22-01-1982
VI	Nationalité / Nationality FRAUCASE
VII	Signature du titulaire / Signature of holder

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) 23 SEP. 2023
Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers 23 MARS 2025	
Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations 29 MARS 2024	
Classe 2 / Class 2 23 MARS 2025	
LAPL / LAPL 23 MARS 2025	

MED.020 Diminution de l'aptitude médicale

a) Les titulaires de licence n'exercent à aucun moment les privilèges de licence et des certificats qui y sont liés s'ils :

- 1) ont connaissance d'une incapacité médicale susceptible de rendre inopérables d'exercer ces privilèges en toute sécurité ;
- 2) ont prescrit qu'ils sont susceptibles d'influer sur l'exercice en toute sécurité des privilèges de la licence en question ;
- 3) ne peuvent 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 ;
- 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.

XIII	Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description
X	Date de délivrance / Date of issue 23 MARS 2023
Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor 	
XI Cachet / Stamp 	

MED.020 Decrease in medical fitness

a) Licence holders shall not exercise the privileges of their licence and related ratings on certificates at any time when they :

- 1) are aware of decrease in their medical fitness which might render them unable to exercise those privileges ;
- 2) take or intend to take any medication which is likely to interfere with the safe exercise of the applicable licence ;
- 3) receive any medical or surgical 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 or invasive procedure ;
- 2) have commenced the regular use of any medication ;
- 3) have suffered any significant 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.

Date de l'examen médical / Date of medical examination 23 MARS 2023
Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram 23 MARS 2023
Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram 23 MARS 2023

ST-38 SB3 DIAG 3032 FV4750000

Age: 0 Sexo: Masculin 28/03/2023 08:51:32 Madecah CORREA

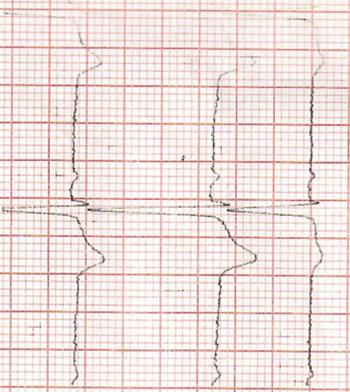
25mm/s
10mm/mV
50µV ADS 155



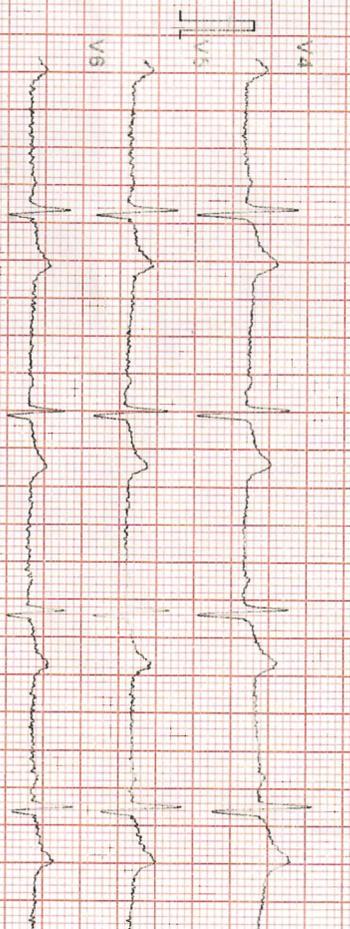
HR = 55

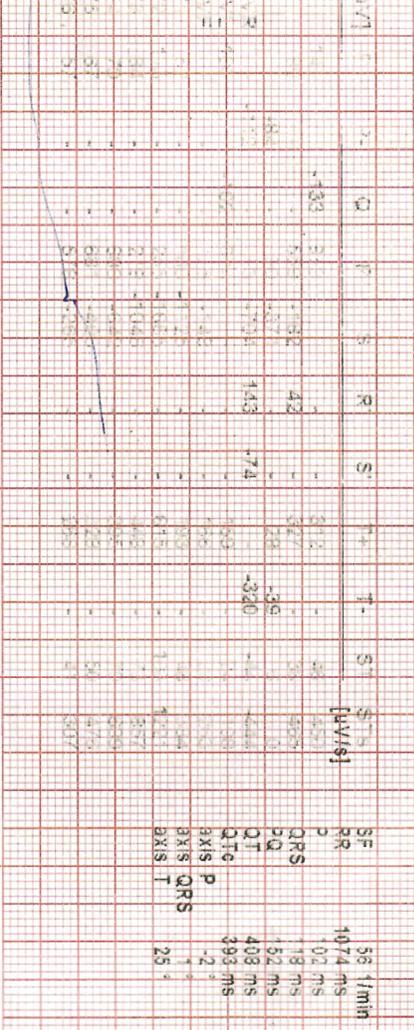


HR = 55



HR = 55





56 /min
 187 ms
 102 ms
 162 ms
 408 ms
 393 ms
 -2
 25

SF
 PR
 P
 QRS
 PQ
 QT
 QTc
 axis P
 axis QRS
 axis T

ECG DANS DES LIMITES NORMALES
 RYTHME SINUSAL
 Excellent
 de ce sin. r.
 23-03-2023