

# FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence : <b>FRANCE</b>		(13) N° référence:	
(3) Nom : <b>CROCHARD</b>		(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) : <b>Mathieu</b>		(4) Nom de naissance <b>CROCHARD</b>	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation
(6) Date de naissance <b>20/07/1977</b>		(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	(14) Type de licence désiré : <b>classe 1</b>
(8) Lieu et pays de naissance : <b>Angoulême (16)</b>		(9) Nationalité : <b>FRANCAIS</b>	(15) Profession (principale) : <b>Pilote</b>
(10) Adresse permanente : <b>11 Rue de Pinelles 16230 CELLETES</b>		(11) Adresse postale : (si différente)	(16) Employeur : <b>HELICONIA</b>
Pays : <b>FRANCE</b>		(17) Dernier examen médical : Date : <b>26/03/22</b> Lieu : <b>Bordeaux (33)</b>	(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :
N° de téléphone : <b>0606173398</b>		(21) Nombre total d'heures de vol : <b>3900</b>	
Courriel : <b>mathieu.crochard@free.fr</b>		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : <b>300</b>	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types : <b>ATPL(H)</b> Numéro de licence : <b>FCL-AM00707485</b> Pays de délivrance : <b>FRANCE</b>		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : <b>AW139</b>	
(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 : _____		(25) Type de vol envisagé : <b>IFR/VFR MP</b>	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : _____ Lieu : _____		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input checked="" type="checkbox"/>	
(27) Consommez-vous de l'alcool ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> consommation journalière <b>0</b> unités		(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 :	
(29) Consommez-vous du tabac ? Non jamais <input type="checkbox"/> Non actuellement <input checked="" type="checkbox"/> Date de l'arrêt : <b>4 ans</b>			
Oui <input type="checkbox"/> type et quantité :			

**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"/>	<b>Antécédents familiaux</b>		
(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"/>			
(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 : <b>opéré omeurque - il ya 3 ans - (2020) = RAS</b>											

(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 aéronautique 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 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 assesseurs médicaux des autorités compétentes des États membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date : **05/09/2023**

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

**Dr Patrick CORREA**  
Médecine Aéronautique  
N° AME 004  
DGAC N°3857 - FAA-00773





05/10/2022 A

Date du dernier audiogramme /  
Date of last audiogram

26 SEP. 2022

Date de l'examen médical /  
Date of medical examination

26 SEP. 2022

Signature du titulaire / Signature of holder

FRANCAIS

Nationalité / Nationality

20/10/2022

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

CROCHARD Mathieu

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

FRANCE

Numéro de certificat / Certificate number

la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'AVIATION CIVILE

CIVIL AVIATION ADMINISTRATION - FRANCE



# CERTIFICAT MÉDICAL

## Medical certificate

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

A Joindre à la licence

Pertaining to a Part-FCL licence

LAPL / LAPL  
26 SEP. 2024

26 SEP. 2024

Classe 2 / Class 2

07 OCT. 2023

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

26 MARS 2023

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

Date d'expiration du certificat médical pour (JJ/MM/AAAA) / Expiry date of this certificate for (DD/MM/YYYY)

## II Certificat médical de Classe 1 Class 1 medical certificate

- 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.

Dr S. NGUYEN HUYNH  
Agrément Classe 1, 2LAPL, PNC n° 03900  
X-Caohet - Stamp

Dr Sylvain NGUYEN HUYNH  
Praticien confirmé en médecine aéronautique  
CAMELIA  
Aéroport de BORDEAUX-MERIGNAC  
N° RPPS : 10005195403

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

26 SEP. 2022

X Date de délivrance / Date of issue

XIII Limitations / Limitations  
Code - Description / Code - Description

## 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.

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

FR-FCL 2408207435

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

Mathieu Crochard

XIV Date de naissance (JJMM/AAAA) / Date of birth (DDMM/YYYY)

20-07-1977

VI Nationalité / Nationality

FRANCAIS

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 (JJMM/AAAA) / Expiry date of this certificate for (DDMM/YYYY)

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

05-03-2024

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

07-10-2024

Classe 2 / Class 2

05-03-2025

LAPL/LAPL

05-03-2025

XIII Limitations / Limitations  
Code - Description / Code - Description

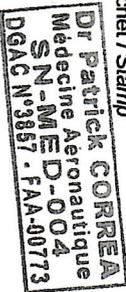
/

X Date de délivrance / Date of issue

05-03-2023

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

05-03-2023

Date du dernier électro-arthrogramme / Date of last electrocardiogram

05-03-2023

Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram

05-03-2023

7

BTL-08 SD3 DIAG 3032 FW:4.75.0000  
Aut

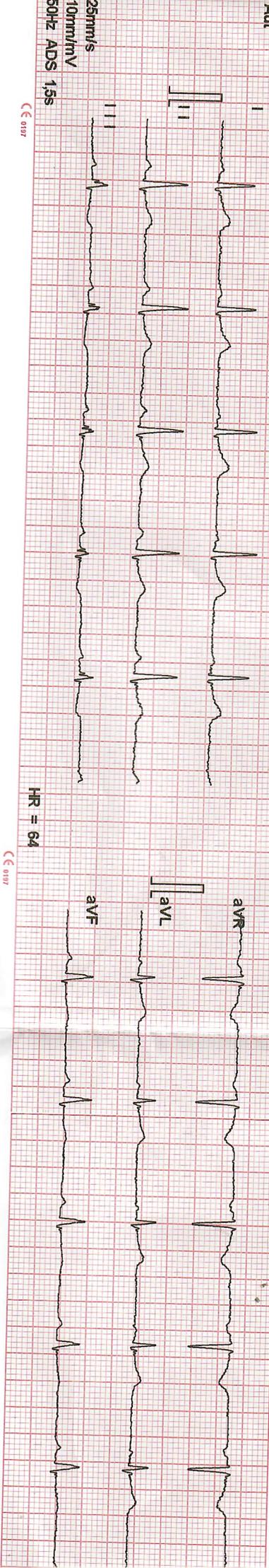
05/09/2023 09:40:09

25mm/s  
10mm/mV  
50Hz ADS 1.5s

CE 017

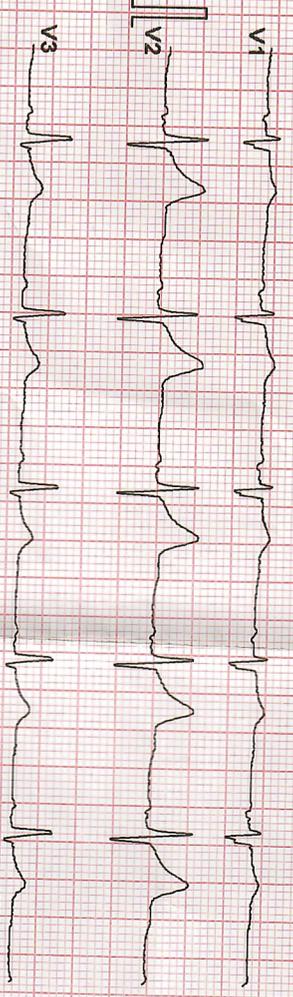
HR = 64

CE 017



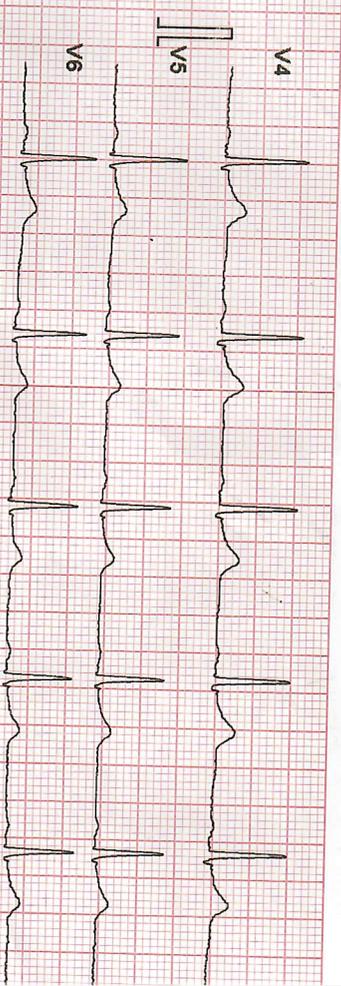
HR = 64

C C 4097



HR = 64

C C 4097



P	Q	R	S	R	S	T+	T-	ST	STS [uV/s]	SF	RR	P	QRS	PQ	QT	QTc	axis P	axis QRS	axis T	65 1/min
-51	-40	752	-47	-	-	223	-	19	511	924 ms	102 ms	148 ms	388 ms	49°	41°	33°				
-40	-	854	-49	-	-	219	-9	16	614	102 ms	148 ms	388 ms	49°	41°	33°					
-37	-	200	-51	-	-	-	-222	-33	61	148 ms	388 ms	49°	41°	33°						
-37	-	43	-77	-	-	114	-	4	221	49°	41°	33°								
-37	-	352	-106	-	-	112	-	31	331	49°	41°	33°								
-37	-	474	-62	-	-	143	-	34	64	49°	41°	33°								
-37	-	182	-335	-	-	568	-	70	1054	49°	41°	33°								
-37	-	579	-504	-	-	207	-	27	314	49°	41°	33°								
-37	-	562	-99	-	-	278	-	40	455	49°	41°	33°								
-37	-	1089	-48	-	-	173	-	25	225	49°	41°	33°								
-37	-	962	-	-	-	168	-	24	228	49°	41°	33°								
-37	-	947	-	-	-	-	-	-	-	49°	41°	33°								

EKG DANS DES LIMITES NORMALES  
RYTHME SINUSAL

*Leblond*  
*Eric David*  
05-09-8823

CE 0107

CE 0107