

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 : FUENTES		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☒ Classe 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA ☐	
(5) Prénom(s) : TONY		(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité ☐ initial ☐ renouvellement/prorogation
(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 12/01/1979		(7) Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐	(14) Type de licence désirée : EAJA ATPL
(8) Lieu et pays de naissance : COMPIEGNE FRANCE		(9) Nationalité : FRANCAISE	(15) Profession (principale) : CDB Falcon 7x
(10) Adresse permanente : 59 rue de Nemours 60300 SENLIS FRANCE		(11) Adresse postale (si différente)	
Pays : FRANCE		(17) Dernier examen médical : Date : 07/04/2025 Lieu : DAKAR	
N° de téléphone : +33 6 83 79 373		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ☒ Oui ☐ détails :	
Courriel : tony.fuentes@gnit.fr		(21) Nombre total d'heures de vol : 9600	
(18) Licence(s) de vol possédée(s)		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 350	
types : ATPL		Numéro de licence : 00209214	
Pays de délivrance : 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 ☒ Oui ☐ Date : Lieu :			
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu :			
(27) Consommez-vous de l'alcool ? Non ☒ Oui ☐ consommation journalière unités			
(29) Consommez-vous du tabac ? Non jamais ☐ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt : Oui ☒ type et quantité : 1/1 JOUR			
(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : FALCON 7x et 8x			
(25) Type de vol envisagé : COMPTON 1200G COURRIER			
(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☐ Multipilote ☒			
(28) Prenez-vous actuellement des médicaments ? Non ☒ Oui ☐ 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
☐	☒	☐	☒	☐	☒	Antécédents familiaux	
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : FUENTES		Prénoms : TONY		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 12/01/1979			Lieu de naissance : COMPIEGNE FRANCE	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☒ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 105 cm	(203) Poids 68 kg	(204) Yeux couleur Brun	(205) Cheveux couleur Brun	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 117 Diastolique 81		(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 71 Rythme ☒ régulier ☐ irrégulier	

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	☒	☐
(209) Cavité bucale, gorge, dents	☒	☐
(210) Nez, sinus	☒	☐
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	☒	☐
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	☒	☐
(213) Yeux - pupilles	☒	☐
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	☒	☐
(215) Poumons, thorax, seins	☒	☐
(216) Cœur	☒	☐
(217) Système vasculaire	☒	☐
(218) Abdomen, hernie, foie, rate	☒	☐
(219) Anus, rectum (si nécessaire)	☒	☐
(220) système génito-urinaire	☒	☐
(221) Système endocrinien, thyroïde	☒	☐
(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	☒	☐
(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	☒	☐
(224) Examen neurologique- réflexes etc	☒	☐
(225) Psychiatrie	☒	☐
(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	☒	☐
(227) Etat général	☒	☐

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

Bilatérale Prothèse Fulcrum 7x8x. 47 ans l'avis est. Tabac = 1/5. Hém = 1/5. Spant = 1/5. HT = 0.

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

N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	☒	☐	☐	☐
Œil gauche	☒	☐	☐	☐
Vision binoculaire	☒	☐	☐	☐

(231) **de près** N5 lu à 30 - 50cm sans correction avec correction

Œil droit	☒	☐	☐	☐
Œil gauche	☒	☐	☐	☐
Vision binoculaire	☒	☐	☐	☐

(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact	
Oui ☐	Non ☒	Oui ☐	Non ☐
Type :		Type :	
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe
Œil droit			Ajouter
Œil gauche			

(313) **Perception des couleurs** Normale ☐ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques	Type I S H I H A R A
Nombre de tables présentées	Nombre d'erreurs

(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 ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine	
VEMS/CV	%	Peak Flow	(l/min)
Normal ☐ Anormal ☐		Normal ☐ Anormal ☐	
		Normal ☐ Anormal ☐	(g/dl)

(235) **Analyse d'urine** Normale ☒ Anormale ☐

Glucose	Protéines	Sang	Autres
☒	☐	☐	☐

Rapports annexés

Rapports annexés	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	☐	12-03-20	☒	☐
(239) Audiogramme	☐	12-03-20	☒	☐
(240) Examen Ophtalmologique	☐		☐	☐
(241) Examen ORL	☐		☐	☐
(242) Lipides sanguins	☐		☐	☐
(243) Fonction respiratoire	☐		☐	☐
(320) Tonométrie G : D : mmHg	☐		☐	☐
(244) Divers(Sujet?) :	☐		☐	☐

(247 bis) **Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude**

Avis : Apte	Nom : Dr Patrick CORREA
	Signature :

Dr Patrick CORREA
Médecin Aéro-nautique
SN-MED-004
AA-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 ☐
-----------------------------------	--	-----------------------------------	-------------------------------	----------------------------------

(248) **Commentaires, limitations :**

Apte classe 1 → 07-04-2027

(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 : 12-03-20	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 :
et lieu : 3 Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	Fax : _____	N° d'AME : _____
	Telephone : _____	

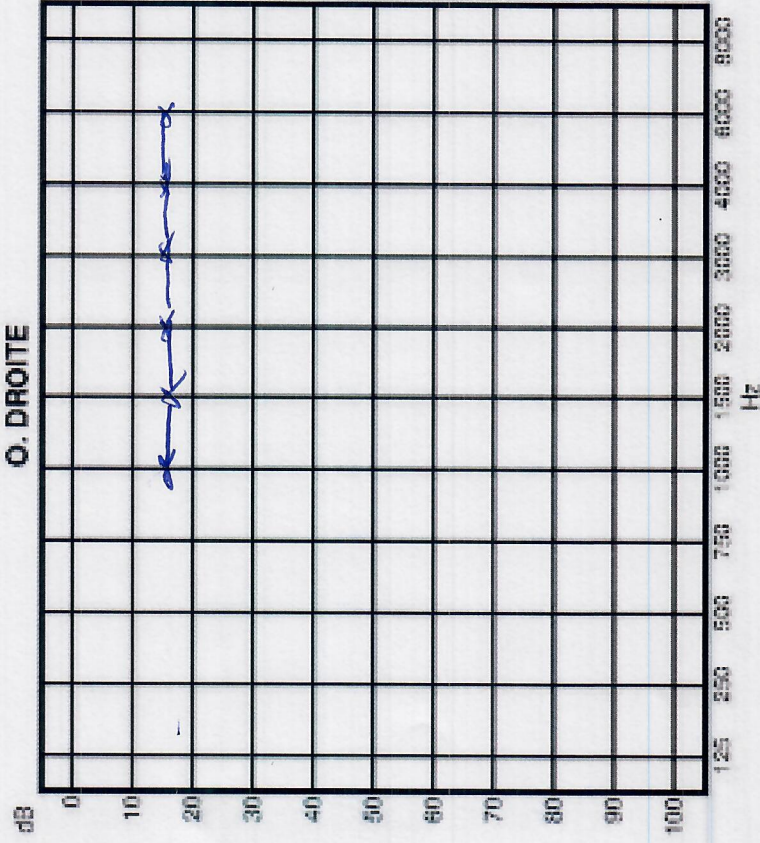
Ref Rapport examen médical 09.09.2019

Date : 12/03/2025
Nom : FUENTES
Prénom : Tony
Date de Naissance : 12/01/1979.

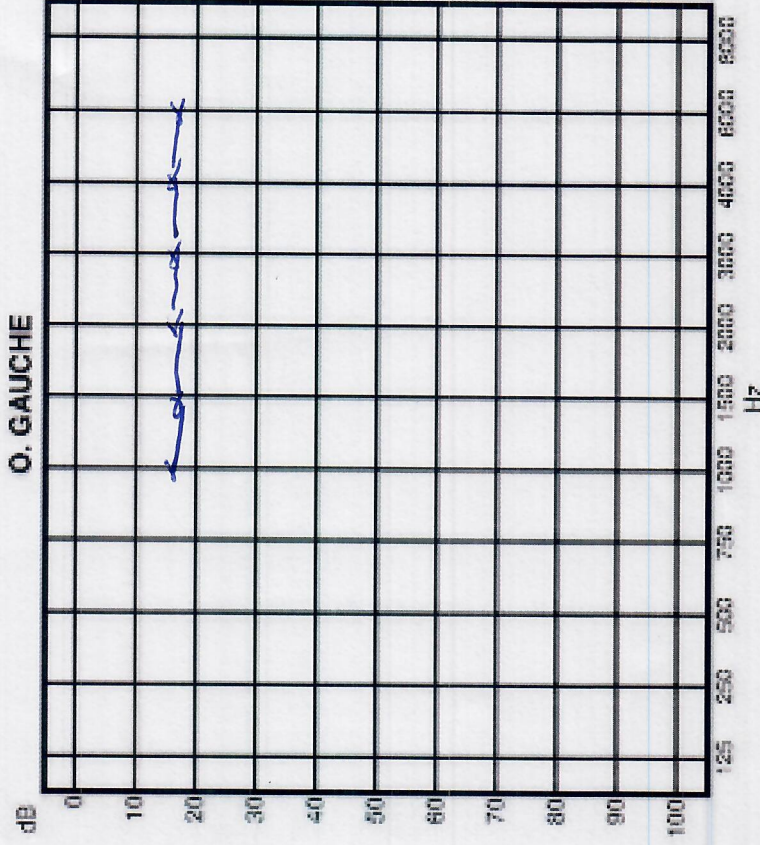
AUDIOGRAMME

Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
SN-MFEL
DGAC N° 2657 - PAA-00173

O. DROITE



O. GAUCHE



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

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

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

CERTIFICAT MÉDICAL Medical certificate

RÉPUBLIQUE 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
II	Numéro de certificat / Certificate number 00203219
IV	Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder Fuentes Tony José
IVa	Date de naissance du titulaire (JJ/MM/AAAA) / Date of birth of holder (DD/MM/YYYY) 12-01-1979
VI	Nationalité du titulaire / Nationality of holder Française
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 the medical certificate for (DD/MM/YYYY) Classe 1 / Class 1 12-03-2026 Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers 07-04-2027 Classe 2 / Class 2 12-03-2028 LAPL / LAPL 12-03-2028
	Autre information / Other information

MED.A.020 Diminution de l'aptitude médicale

- (e) Les titulaires de licence ne exercent à aucun moment leur licence et des qualifications ou certificats y sont liés :
- (1) s'ils ont connaissance d'une diminution de leur aptitude médicale susceptible de compromettre la sécurité ;
- (2) s'ils prennent des médicaments prescrits ou non prescrits susceptibles d'influer sur l'exercice en toute sécurité des privilèges en question ;
- (3) s'ils reçoivent tout traitement médical, chirurgical ou autre susceptible d'influer sur la sécurité des vols.
- (4) En outre, les titulaires de licence tâchent d'obtenir, sans retard indu, un avis aéromédical :
- 1) s'ils ont 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.

XIII	Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description
X	Date de délivrance / Date of issue 12-03-2026
	Signature du médecin examinateur ou de l'évaluateur médical qui a émis le certificat / Signature of the AME or medical assessor that issued the certificate
XI	Cachet ou tampon / Seal or stamp

MED.A.020 Decrease in medical fitness

- (a) Licence holders shall exercise the privileges of their licence only 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 procedure ;
- 2) have commenced the regular use of any medication ;
- (3) have suffered 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.

	Date de l'examen médical / Date of medical examination 12-03-2026
	Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram 12-03-2026
	Date du prochain électrocardiogramme / Date of the next electrocardiogram 07-04-2027
	Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram 12-03-2026
	Date du prochain audiogramme / Date of the next audiogram 07-04-2027
	Date du dernier examen ophtalmologique / Date of last ophthalmological examination 12-03-2026
	Date du prochain examen ophtalmologique / Date of the next ophthalmological examination 07-04-2027