

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 : LE BRUN		(4) Nom de naissance —	
(5) Prénom(s) : Clément		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 21/11/1983	
(8) Lieu et pays de naissance : Olympie France		(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	
(10) Adresse permanente : 19 Passage cacheé 33160 SAINT MEDARD EN Pays : FRANCE 34160 N° de téléphone : 0668132116 Courriel : clément.lebrun@orange.fr		(9) Nationalité : FRA	
(11) Adresse postale : (si différente) Pays : N° de téléphone :		(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation	
(14) Type de licence désirée :		(15) Profession (principale) : Pilote	
(16) Employeur : San Airways		(17) Dernier examen médical : Date : Lieu :	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :	
Numéro de licence		(21) Nombre total d'heures de vol : 4300	
Pays de délivrance		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 300	
(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: Détails :		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : SEP / MEP Falcon 8X	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu: Détails :		(25) Type de vol envisagé : Pro / Privé	
(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input checked="" type="checkbox"/> Multipilote <input type="checkbox"/>		(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière 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 checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt : 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 »			
1) Maladie ou opération oculaire		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	
(104) Allergie ou rhume des foins		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	
(105) Asthme ou maladie pulmonaire		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	
(107) Tension artérielle élevée ou basse		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	
(109) Diabète ou désordre hormonal		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	
(111) Surdité ou maladie des oreilles		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	
(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	
(113) Traumatismes crânien ou commotion		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	
(114) Maux de tête fréquents ou graves		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	
(115) Accès de vertige/évanouissement		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	
(116) Perte de conscience quel que soit le motif		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	
(117) Affection neurologique : AVC, epilepsie, convulsions, paralysie, etc...		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	
(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	
(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	
(120) Tentative de suicide ou automutilation		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	
(121) Mal des transports nécessitant médication		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	
(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	
(123) Paludisme, autre maladie tropicale		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	
(124) Test VIH positif		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	
(125) Maladie sexuellement transmissible		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	
(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	
(127) Maladie musculaire ou squelettique		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	
(128) Toute autre maladie ou blessure		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	
(129) Hospitalisation		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	
(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	
(131) Assurance vie refusée pour motif médical		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	
(132) Refus de licence de vol pour motif médical		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	
(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	
(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	
Antécédents familiaux			
(170) Affection cardiaque <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
(171) Hypertension artérielle <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
(172) Taux élevé de cholestérol <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
(173) Epilepsie <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
(174) Maladie mentale/suicide <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
(175) Diabète <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
(176) Tuberculose <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
(177) Allergie/asthme/eczéma <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
(178) Maladie héréditaire <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
(179) Glaucome <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
A remplir uniquement pour les femmes			
(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
(151) Etes-vous enceinte ? <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			

Date: 2-1-1

), (2) (ii) et (iii) ainsi qu'aux assesseurs

Signature du médecin : John G.

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL
(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)
POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - **SECRET MEDICAL**

NOM : LE BRUN		Prénoms : Étienne		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 12/11/1989					
(201) Catégorie d'examen		(202) Taille	(203) Poids	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
<input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial		188 cm	92 kg	Vert	Brun	Systolique 147	Diastolique 71	Pulsations (bpm) 61	Rythme <input 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"/>	<input type="checkbox"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Pilote Professionnel Privé. Scie Airways. 35 ans. Pas de certificat.

Tobac =
Aile =
IT =
Spout =

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

Œil droit sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>	Corrigée à	

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

Oui	Non	Oui	Non
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Œil droit
Œil gauche
Vision binoculaire

Oui	Non	Oui	Non
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Oui	Non	Oui	Non
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(232) **Lunettes** (233) **Lentilles de contact**
Oui Non Oui Non

Type : Type :

Réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter
Œil droit				
Œil gauche				

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

Tables pseudo-isochromatiques Type I S H I H A R A 1

Nombre de tables présentées 20 Nombre d'erreurs

(234) **Audition** (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)
(si 239/241 non réalisé)

Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur

Oreille droite	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oreille gauche	Oui <input type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input 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)	92 (g/dl)
-----------	-------------------	-----------

Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
---------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------------	----------------------------------

Glob = 92,75

(248) **Commentaires, limitations :**

Apé classe 1 → 30-10-2026

(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.

(250) date : Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé:
et lieu: Assistance Médicale
Fax: Sénégal
Telephone: E-mail: Av des Ambassadeurs
Tél 33 824 26 71

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

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.

MED.A.020 Diminution de l'aptitude médicale

- a) Les titulaires de licence n'exercent à aucun moment les priviléges 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 priviléges 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 priviléges 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 tâchent 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.

dgac

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-ME
Complies with ICAO standards
Except for the LAPL medical certificate

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

XIII Limitations / Limitations
Code - Description / Code - Description

Date de l'examen médical /
Date of medical examination

25-09-2025

Date du dernier électrocardiogramme /
Date of last electrocardiogram

25-09-2025

Date du dernier audiogramme /
Date of last audiogram

25-09-2024

Date du dernier audiogramme /
Date of last audiogram

25-09-2030

XI Cachet / Stamp



Dr. Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
SN-MLR-004
DGAC N°3857

I	Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence
FRANCE	
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)
III	Numéro de certificat / Certificate number
F-AF-FCL-C100317423	
IV	Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder
Correa Laurent	
V	Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers
31-10-2026	
XIV	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)
13-11-1989	
VI	Nationalité / Nationality
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 this certificate for (DD/MM/YYYY)
III	Numéro de certificat / Certificate number
F-AF-FCL-C100317423	
IV	Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder
Correa Laurent	
V	Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers
31-10-2026	
XIV	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)
13-11-1989	
VI	Nationalité / Nationality
française	
VII	Signature du titulaire / Signature of holder
	