

# CERTIFICAT MÉDICAL

## CLASSE 1 / 2 / LAPL

European Union	
Pertaining to a Part-FCI licence	
Issued in accordance with Part-MED	
Medical certificate	
Complies with ICAO standards	
Except for the LAPL medical certificate	

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-PCL-RAC0015034**

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

**PAGLIANO Laurent**

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

**26/10/1976**

VI Nationalité / Nationality

**French**

VII Signature du titulaire / Signature of holder



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

**05/06/2026**

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

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

Classe 2 / Class 2

**08/12/2026**

LAPL / LAPL

**05/12/2027**

X Date de délivrance / Date of issue

**05/10/2023**

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

XI Cachet / Stamp

**Dr Patrick CORREA**  
Médecin Aéronautique  
SN :  D-004  
DGAC N°3857 - FAA-0073



Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram

**05/12/2025**

- a) Les titulaires de licence n'exercent à aucun moment les priviléges de leur licence et des qualifications ou certificats qui leur étaient initialement accordés.
- b) En outre, les titulaires de licence tâchent d'obtenir, sans retard indû, un avis aéromédical :
- 1) ils ont subi une opération chirurgicale ou une procédure invasive ;
  - 2) ils sont atteints d'une maladie importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
  - 3) ils sont atteints d'une maladie importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
  - 4) ils sont atteints d'une maladie importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
  - 5) ils sont atteints d'une maladie importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
  - 6) ils ont besoin de verres correcteurs pour la première fois.
- c) Les titulaires de licence n'exercent à aucun moment les priviléges de leur licence et des qualifications ou certificats qui leur étaient initialement accordés.
- d) En outre, les titulaires de licence tâchent d'obtenir, sans retard indû, un avis aéromédical :
- 1) ils ont subi une opération chirurgicale ou une procédure invasive ;
  - 2) ils sont atteints d'une maladie importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
  - 3) ils sont atteints d'une maladie importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
  - 4) ils sont atteints d'une maladie importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
  - 5) ils sont atteints d'une maladie importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
  - 6) ils ont besoin de lunettes correctrices pour la première fois.

- 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 their privileges or certificates due to a medical condition that is not necessarily due to a decrease in their medical fitness;
  - 2) are aware of any decrease in their medical fitness which might render them unable to safely exercise their privileges or certificates due to a medical condition that is not necessarily due to a decrease in their medical fitness;
  - 3) have commenced the regular use of any medication;
  - 4) have suffered any significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew; involving incapacity to function as a member of the flight crew;
  - 5) are prescribed, by a doctor, any medication that is likely to interfere with the safe exercise of their privileges or certificates due to a medical condition that is not necessarily due to a decrease in their medical fitness;
  - 6) have been admitted to hospital or medical clinic;
  - 7) first require correcting lenses.
- b) In addition, licence holders shall, without undue delay, suspend their licence on the security of the flight safety, if they are aware of any decrease in their medical fitness which might render them unable to safely exercise their privileges or certificates due to a medical condition that is not necessarily due to a decrease in their medical fitness;
- c) In addition, licence holders shall, without undue delay, suspend their licence on the security of the flight safety, if they are aware of any decrease in their medical fitness which might render them unable to safely exercise their privileges or certificates due to a medical condition that is not necessarily due to a decrease in their medical fitness;
- d) In addition, licence holders shall, without undue delay, suspend their licence on the security of the flight safety, if they are aware of any decrease in their medical fitness which might render them unable to safely exercise their privileges or certificates due to a medical condition that is not necessarily due to a decrease in their medical fitness;

I	Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence
II	<b>Certificat médical de Classe 1</b> <b>Class 1 medical certificate</b>

IX	Date d'expiration du certificat médical pour (JJ/MM/AAAA) / Expiry date of this certificate for (DD/MM/YYYY)
Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers	Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations

XIII Limitations / Limitations	Date de l'examen médical / Date of medical examination
Code - Description / Code - Description	<b>05/12/2025</b>

Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram	<b>05/12/2025</b>
Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram	<b>05/12/2025</b>

**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>PAGLIANO</b>	(4) 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>LAURENT</b>	(6) Nom de naissance : <b>PAGLIANO</b>	
(8) Lieu et pays de naissance : <b>ANNECY - FRANCE</b>	(7) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : <b>24/02/1970</b>	
(10) Adresse permanente: 6, Chemin de l'ancienne gare Pays : N° de téléphone : Courriel : <b>13103 LAS BLANCS FRANCE +33685509769</b>	(9) Nationalité : <b>FRANCE</b>	
(11) Adresse postale : (si différente) MAIL : LAURENT.PAGLIANO @GMAIL.COM	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation	
(14) Type de licence désirée :	(15) Profession ( principale) : <b>PILOTE</b>	
(16) Employeur : <b>FLY2SKY</b>	(17) Dernier examen médical : Date : Lieu : <b>22-11-2024 SINGAPOUR</b>	
(18) Licence(s) de vol possédée(s)		
types	Numéro de licence	Pays de délivrance
ATPL	FRA.FCL.AAD0150374	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 checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Détails : Lieu:		
(21) Nombre total d'heures de vol : <b>15600</b>		
(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : <b>2500</b>		
(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : <b>A320</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: Détails :		
(25) Type de vol envisagé : <b>COMMERCIAL</b>		
(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input checked="" 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:		

(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt : <b>2015</b>		

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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(113) Traumatismes crânien ou commotion	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(124) Test VIH positif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(170) Affection cardiaque
			(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
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	<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
(104) Allergie ou rhume des foins	<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
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	<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
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	<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
(107) Tension artérielle élevée ou basse	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(176) Tuberculose
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(120) Tentative de suicide ou automutilation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(177) Allergie/asthme/eczéma
(109) Diabète ou désordre hormonal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(121) Mal des transports nécessitant médication	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(178) Maladie héréditaire
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(179) Glaucome
(111) Surditè ou maladie des oreilles	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>							A remplir uniquement pour les femmes
									(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation
									(151) Etes-vous enceinte ?

(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 A 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 examinateur de l'autorité compétente de mon AME; ainsi qu'aux professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une évaluation aéro médicale ou dans le cadre d'un recours. En reconnaissant que ces documents ou données stockées électroniquement doivent être utilisés pour une évaluation médicale et deviennent et resteront la propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que moi-même ou mon médecin puissent y avoir accès conformément à la législation nationale. Le secret médical sera respecté à l'exception de la 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.150 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 Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA MED.150 (c) (4).

Date : **05-12-2025**

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

Ref Formulaire pour demande de certificat médical MED.150 Date: 20/08/2019  
 Médecine Aéronautique SN-MED-004  
 DGAC N°3857 - FAA-00773

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

NOM : <b>PAGLIANO</b>		Prénoms : <b>LAURENT</b>		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): <b>24/10/1937</b>	Lieu de naissance : <b>FRANCE / AUNIS CY</b>	
(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	<b>172 cm</b>	<b>88 kg</b>	<b>Jaune.</b>	<b>Brun</b>	Systolique <b>122</b> Diastolique <b>89</b>	Pulsations <b>88</b> 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 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 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	<i>CDB. A320. Flight to Sky. 55 ans. Divorcé 3 enfants.    (226) Tatouage social. RAS.    S. Préstations débutant.</i>			

**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 <b>g</b>
Œil gauche sans correction	Corrigée à <b>g</b>
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à <b>g</b>

(230) Vision Intermédiaire		sans correction	avec correction
N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui
Œil droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Œil gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

(231) de près		sans correction	avec correction
N5 lu à 30 - 50cm	Oui	Non	Oui
Œil droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Œil gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact		
Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Type :
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter
Œil droit				
Œil gauche				

(313) Perception des couleurs		Normale <input type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>
Tables pseudo-isochromatiques	Type I SHIHARA	<b>80</b>	<b>0</b>
Nombre de tables présentées	Nombre d'erreurs		

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)		Oreille droite	Oreille gauche
(si 239/241 non réalisé)		Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>

Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur		Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" 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)	<b>131</b> (g/dl)	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>

(248) Commentaires, limitations :		Cf = a/cf.		
WD2.	PSA prudemus visio.	Appté dans 1 → 08-12-2026		

(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 : <b>05-12-2015</b>	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé: <b>Dr Patrick CORREA</b> 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL		Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature: <b>Dr. PATRICK CORREA</b> Médecin-Aéronautique <b>SN-MED-004</b> DGAC N°3857 - FAA-0073
et lieu:	Telephone: <b>05-12-2015</b>	E-mail: <b>patrick.correa@sn-med.com</b>	Numéro d'AME: <b>DGAC N°3857 - FAA-0073</b>

Réf Rapport examen médical 03.09.2019

Date : 05/19/2025  
Nom : PAGLIANO  
Prénom : Louann  
Date de Naissance : 24/10/1970

### AUDIOGRAMME

