

# 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>FEDOTIN</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  |  |
| (8) Lieu et pays de naissance : <b>CHAMPIGNY, FRANCE</b>  |  | (12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation  |  |
| (10) Adresse permanente : <b>7 RUE MARIE DIA 91480 QUINCY LA SENART</b>   |  | (6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : <b>18/06/1983</b>  |  |
| (11) Adresse postale : (si différente)  |  | (7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>  |  |
| (9) Nationalité : <b>FRANCAIS</b>   |  | (14) Type de licence désirée :  |  |
| (12) Dernier examen médical : Date : <b>14.02.25</b> Lieu : <b>GENEVE</b>   |  | (15) Profession (principale) : <b>PILOTE</b>  |  |
| (16) Employeur : <b>SAM AIRWAYS</b>   |  | (17) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :  |  |
| (18) Licence(s) de vol possédée(s)<br>types Numéros de licence Pays de délivrance<br><b>ATPL A AAD0365708 FRANCE</b>  |  | (21) Nombre total d'heures de vol : <b>7000</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 :<br>Détails : |  | (22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : <b>200</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 :<br>Détails :  |  | (23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : <b>FA7X</b>   |  |
| (27) Consommez-vous de l'alcool ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> consommation journalière <b>1/3</b> unités   |  | (25) Type de vol envisagé : <b>Commercial</b>   |  |
| (29) Consommez-vous du tabac ? Non jamais <input type="checkbox"/> Non actuellement <input checked="" type="checkbox"/> Date de l'arrêt : <b>SVIN 24</b>  |  | (26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input checked="" type="checkbox"/>   |  |
| (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 :   |  |   |  |

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                                 |
|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <b>Antécédents familiaux</b> |                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |                                     |                          |                                     |                              |                                     |



# RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : **FEDOTIN** Prénoms : **MATHEU** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **18.06.1988**  
Lieu de naissance : **CHAMPIGNY, FRANCE**

|  |                               |                             |                                     |  |   |  |
|--|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|--|---|--|
| (201) Catégorie d'examen<br><input type="checkbox"/> Initial<br><input checked="" type="checkbox"/> Prorogation<br><input type="checkbox"/> Renouvellement<br><input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille<br><b>176</b> cm | (203) Poids<br><b>65</b> kg | (204) Yeux couleur<br><b>MARRON</b> | (205) Cheveux couleur<br><b>MARRON</b> | (206) Tension artérielle (assis) mmHg<br>Systolique <b>113</b><br>Diastolique <b>76</b> | (207) Pouls au repos<br>Pulsations (bpm) <b>74</b><br>Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier<br><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 checked="" 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 checked="" 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  
**CDIS. tal 7x (antérieurement. val pure) SAM. Air Way. 37ans. Cefeb 0 cefb.**  
**Tp. ex = Upo. III = 0.**  
**Adc = occp.**  
**Spant = 1x / remu**

**Acuité visuelle** (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(229) (de loin à 5m/6m en dixième) **9** Lunettes/Contact

|                                     |           |            |  |
|-------------------------------------|-----------|------------|--|
| Œil droit sans correction           | <b>9</b>  | Corrigée à |  |
| Œil gauche sans correction          | <b>9</b>  | Corrigée à |  |
| Vision binoculaire, sans correction | <b>10</b> | Corrigée à |  |

(230) **Vision Intermédiaire** N14 lu à 100cm

|                    | sans correction                     |                          | avec correction          |                          |
|--------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                    | 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          |                          |
|--------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                    | 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"/> |

(232) **Lunettes** Oui ☐ Non ☒ Type : **Non**

(233) **Lentilles de contact** Oui ☐ Non ☐ Type : **Non**

|            |     |          |     |         |
|------------|-----|----------|-----|---------|
| 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 **0**

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

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

|  | Oreille droite  | Oreille gauche  |
|--|---|---|
| Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur | Oui <input checked="" type="checkbox"/><br>Non <input type="checkbox"/> | Oui <input checked="" type="checkbox"/><br>Non <input type="checkbox"/> |

**Audiométrie éventuelle**

| Hz             | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 |
|----------------|-----|------|------|------|------|------|
| Oreille droite |     |      |      |      |      |      |
| Oreille gauche |     |      |      |      |      |      |

(236) **Fonction respiratoire**

| VEMS/CV                         | %                                | Peak Flow                       | (l/min)                          |
|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| Normal <input type="checkbox"/> | Anormal <input type="checkbox"/> | Normal <input type="checkbox"/> | Anormal <input type="checkbox"/> |

(237) **Hémoglobine**

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

(248) **Commentaires, limitations :**

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

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

**Rapports annexés**

|                               | Non réalisé              | Date            | normal                              | anormal                  |
|-------------------------------|--------------------------|-----------------|-------------------------------------|--------------------------|
| (238) ECG                     | <input type="checkbox"/> | <b>01-12-25</b> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (239) Audiogramme             | <input type="checkbox"/> | <b>01-12-25</b> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (240) Examen Ophtalmologique  | <input type="checkbox"/> |                 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| (241) Examen ORL              | <input type="checkbox"/> |                 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| (242) Lipides sanguins        | <input type="checkbox"/> |                 | <input 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 : **ApL** Nom : **Dr Patrick CORREA**  
Signature : **Dr Patrick CORREA**  
Médicine Aeronautique  
SM-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 checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(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 : **01-12-25**  
et lieu : **ApL classe 1 -> 01-12-2026**

Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé :  
Fax :  
Telephone :  
E-mail :


Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : **Dr Patrick CORREA**  
Médicine Aeronautique  
DGAC N 3857 - FAA-00773  
Rét Rapport examen médical 03.09.2019



03

Signature du titulaire/Holder's signature

*This passport contains sensitive electronics.  
For best performance please do not bend,  
perforate or expose to extreme temperatures  
or excess moisture.*



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

| Type | Type | Code du pays | Country code | Passeport n° | Passport n° |
|------|------|--------------|--------------|--------------|-------------|
|------|------|--------------|--------------|--------------|-------------|

P FRA 24FV2553

Nom / Surname (1)

**FEDOTIN**  
Prénoms/Given names (2)

**Mathieu, Jean-René**

Nationalité/Nationality (3) Sexe/Sex (2) Taille/Height (12) Couleur des yeux/Colour of eyes (12)

Francaise

M 1,75 m MARRON

Date de naissance / Date of birth (4) \_\_\_\_\_ Lieu de naissance / Place of birth (6) \_\_\_\_\_

18 06 1988

**CHAMPIGNY-SUR-MARNE**

Date de délivrance Date of issue (7)

Domicile/Residence (11)

08 07 2025

7 RUE MERE MARIE PIA  
91480 QUINCY-SOUS-SÉNART  
FRANCE

**Autorité/Authority (9)**

Préfecture de la Seine-et-Marne MELUN

Date d'expiration/Date of expiry (8)

07 07 2035

P<FRAFEDOTIN<<MATHIEU<JEAN<RENE<<<<<<<<<<<<  
24FV125536FRA8806183M3507072<<<<<<<<<<<<02



Date : 01/12/2025

Nom : Fedotin

Prénom : Valérie

Date de Naissance : 18-06-1988

# AUDIOGRAMME

