

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL
POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence :		(13) N° référence:	
FRANCE		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input checked="" type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/>	
(3) Nom :		(4) Nom de naissance	
FEDOTIN		(5) Prénom(s) : MATHIEU	
(8) Lieu et pays de naissance : CHAMPIGNY, FRANCE		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 18/06/1988 (7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	
(10) Adresse permanente : 7 RUE MARIE DIA 91480 QUINCY LS SENART Pays : FRANCE N° de téléphone : 0695975950 Courriel : mathieu.fedotin@wanadoo.fr		(9) Nationalité : FRANCAIS	
(11) Adresse postale : (si différente)		(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation	
Pays : FRANCE N° de téléphone :		(14) Type de licence désirée :	
(16) Employeur : SAM AIRWAYS		(15) Profession (principale) : PILOTE	
(18) Licence(s) de vol possédée(s)		(17) Dernier examen médical : Date : 17.02.25 Lieu : GENEVE	
types	Numéro de licence	Pays de délivrance	(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :
ATPL A	AAD0365708	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 : Lieu : Détails :		(21) Nombre total d'heures de vol : 7000 (22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 200	
(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 :		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : FA 7X	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> consommation journalière 13 unités		(25) Type de vol envisagé : Commercial	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input type="checkbox"/> Non actuellement <input checked="" type="checkbox"/> Date de l'arrêt : JUIN 24		(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"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(101) Maladie ou opération oculaire		(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage		(123) Paludisme, autre maladie tropicale		Antécédents familiaux	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact		(113) Traumatismes crânien ou commotion		(124) Test VIH positif		(170) Affection cardiaque	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen		(114) Maux de tête fréquents ou graves		(125) Maladie sexuellement transmissible		(171) Hypertension artérielle	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(104) Allergie ou rhume des fous		(115) Accès de vertige/évanouissement		(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil		(172) Taux élevé de cholestérol	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(105) Asthme ou maladie pulmonaire		(116) Perte de conscience quel que soit le motif		(127) Maladie musculaire ou squelettique		(173) Epilepsie	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux		(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...		(128) Toute autre maladie ou blessure		(174) Maladie mentale/suicide	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(107) Tension artérielle élevée ou basse		(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature		(129) Hospitalisation		(175) Diabète	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines		(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue		(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical		(176) Tuberculose	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(109) Diabète ou désordre hormonal		(120) Tentative de suicide ou automutilation		(131) Assurance vie refusée pour motif médical		(177) Allergie/asthme/eczéma	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins		(121) Mal des transports nécessitant médication		(132) Refus de licence de vol pour motif médical		(178) Maladie héréditaire	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(111) Surdit ou maladie des oreilles		(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines		(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical		(179) Glaucome	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<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 :

- N'en = Spéciale sur plaque.
- Fr Tib / Peroni EOL8 colo synthèse - RAS -

(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 erreurs, 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. 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 compléter une évaluation médicale et deviennent et resteront la propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que moi-même ou mon médecin puise y avoir accès conformément à la législation nationale. Le secret médical sera respecté à tout moment disposition de mon AMF afin de fournir les données historiques requises dans le MED.A.035 (b) (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 : **01.12.2025**

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

Patrick CORREA
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 : FEDOTIN		Prénoms : MATHIEU		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 18/06/1988 Lieu de naissance : CHAMONIX, FRANCE			
(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	176 cm	65 kg	MARRON	MARRON	Systolique 113	Diastolique 76	Pulsations (bpm) 74 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"/>	<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, tympan, 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					

*CDS. Tsl 7x (antécédent : Vol puér.) SA1. Aérospatiale. 37ans. Cœlib. Oeufs.
Tsl = Uapo. TIT = 0.
Ade = occ. Span = 1 + 1œuv.*

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

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

Œil droit sans correction	9	Corrigée à		Lunettes/Contact
Œil gauche sans correction	9	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à		

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

Œil droit	Oui	Non	Oui	Non
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Œil droit	Oui	Non	Oui	Non
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques **20** Type I S H I H A R A

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

(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 <input checked="" type="checkbox"/>	Oreille gauche <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)	(g/dl)		
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>

(248) Commentaires, limitations :

Cge = 29/88

(235) Analyse d'urine Normale Anormale

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

Rapports annexés

Non réalisé	Date 01-12-2018	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophthalmologique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Fonction respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(320) Tonométrie G : D : mmHg	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(244) Divers(Sujet?)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 : *Appli* Nom : **Dr Patrick CORREA**
Signature : *Appli* Médecin aéronautique
SN-MED-004
DGAC N 3857 - FAA-01773

(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 <input checked="" type="checkbox"/>	CLASSE 2 <input checked="" type="checkbox"/>	LAPL <input checked="" type="checkbox"/>	PNC/CCA <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--	--	--	----------------------------------

Appli clerc 1 -> 01-12-2018

(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 :

et lieu:

01-12-2018

Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé:

Fax:

Telephone:

*Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL*

Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature:
Numéro d'AME:

Dr Patrick CORREA
Médecin aéronautique
SN-MED-004
DGAC N 3857 - FAA-00773
Réf Rapport examen médical 03.09.2019

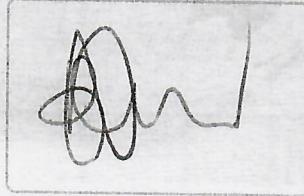
Page réservée aux autorités compétentes
pour délivrer le passeport
Página reservada a las autoridades competentes
para expedir el pasaporte / Forbeholdt de pasudstede
myndigheder / Amtliche Vermerke
Προορίζεται για τις αρχές που είναι αρμόδιες για την
έκδοση του διαβατηρίου / Page reserved for issuing authorities
Leathanaigh in áirithe d'údaráis eisliúna
Pagina riservata all'autorità
Opmerkingen van bevoegde instanties
Página reservada às entidades competentes
para emitir o passaporte / Varattu passinantonviranomaisille
Förbeholdt ut iutömnande myndighet.

OB

Ce passeport contient un composant électronique.
Il convient d'en prendre soin, et en particulier
de ne pas le plier, le perforer, l'exposer à des températures
extrêmes ou à une humidité excessive.

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

Signature du titulaire/Holder's signature



PASSEPORT
PASSPORT

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Type / Type

Code du pays / Country code

Passeport n° / Passport n°

P REP FRA

24FV12553



Nom / Surname (1)

FEDOTIN

Prénoms / First names (2)

Mathieu, Jean-René

Nationalité / Nationality (3)

Française

Sexe / Sex (4)

Taille / Height (5)

Couleur des yeux / Colour of eyes (6)

MARRON

Date de naissance / Date of birth (7)

18 06 1988

Lieu de naissance / Place of birth (8)

CHAMPIGNY-SUR-MARNE

Date de délivrance / Date of issue (9)

08 07 2025

Domicile / Residence (10)

7 RUE MERE MARIE PIA

91480 QUINCY-SOUS-SÉNART

FRANCE

Autorité / Authority (9)

Prefecture 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 : Fedorin
Prénom : Nikolai

Date de naissance : 18-06-1988

AUDIOGRAMME

O. DROITE



O. GAUCHE

