

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	Nom de certificat / Certificate number
ATPL AM 00 313500	
IV	Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder
Youni Donian P. Reinhoff	
XIV	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)
03-04-1989	
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)
29-11-2016	
Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers	
29-11-2016	
Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations	
29-11-2016	
Classe 2 / Class 2	
29-11-2030	
LAPL / LAPL	
29-11-2030	

XIII Limitations / Limitations	
Code - Description / Code - Description	
Un	
X Date de délivrance / Date of issue	
29-11-2025	
Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor	
	
XI Cachet / Stamp	
	

Date de l'examen médical / Date of medical examination	
29-11-2015	
Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram	
29-11-2015	

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
DIRECTION GÉNÉRALE DE L'AVIATION CIVILE
CIVIL AVIATION ADMINISTRATION - FRANCE
CERTIFICAT MÉDICAL
Medical certificate
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 indû, 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) si'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) si'ils ont été admis dans un hôpital ou une clinique médicale ;
7) si'ils ont besoin de verres correcteurs pour la première fois.
CLASSE 1 / 2 / LAPL
CLASS 1 / 2 / LAPL

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.

European Union
medical certificate
Issued in accordance with Part-MED
Complies with ICAO standards
Except for the LAPL medical certificate
Ajouter à la licence
Pertaining to a Part-FCL licence

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 : PLEKHoff		(4) Nom de naissance PLEKHoff	
(5) Prénom(s) : YOURI DORIAN		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 03/04/1988	(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
(8) Lieu et pays de naissance : REIMS - FRANCE		(9) Nationalité : FRANCAISE	
(10) Adresse permanente : LE MOULIN DE L'ETANG 51700 CHATILLON SUR MARNE Pays : N° de téléphone : Courriel : youri.plekhoff@live.fr		(11) Adresse postale : (si différente) Pays : N° de téléphone : _____	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types		Numéro de licence	Pays de délivrance
		ATPL CHS	ATL 00313560
			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 : _____			
(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 : _____			
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> consommation journalière unités (29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input type="checkbox"/> Non actuellement <input checked="" type="checkbox"/> Date de l'arrêt : +5ans Oui <input type="checkbox"/> type et quantité : _____			

Antécédents généraux et médicaux : avez vous des antécédents connus d'une des maladies suivantes ?

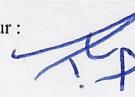
A chaque question répondez en cochant OUI ou NON (ou selon ce qui est indiqué). Détaillez dans la rubrique « (30) remarques »

Oui	Non	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"/>	Antécédents familiaux	
(101) Maladie ou opération oculaire		(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage		(123) Paludisme, autre maladie tropicale		<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		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
		(114) Maux de tête fréquents ou graves		(125) Maladie sexuellement transmissible		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen		(115) Accès de vertige/évanouissement		(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
(104) Allergie ou rhume des fous		(116) Perte de conscience quel que soit le motif		(127) Maladie musculaire ou squelettique		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
(105) Asthme ou maladie pulmonaire		(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...		(128) Toute autre maladie ou blessure		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux		(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature		(129) Hospitalisation		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
(107) Tension artérielle élevée ou basse		(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue		(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines		(120) Tentative de suicide ou automutilation		(131) Assurance vie refusée pour motif médical		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
(109) Diabète ou désordre hormonal		(121) Mal des transports nécessitant médication		(132) Refus de licence de vol pour motif médical		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins		(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines		(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
(111) Surdit ou maladie des oreilles				(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie		<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 : **(130) plaques visage / demande prise de sang pour classe 2**

(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 À 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 délivrateur de l'autorité compétente de mon AMI; 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 compléter l'évaluation médicale et deviennent et resteront la propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès conformément à la législation nationale. Le secret médical sera respecté à tout moment. 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.130 peuvent être stockées électroniquement et à la disposition de mon AMI 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 : **28/11/2025**

Signature du demandeur : 

Signature du médecin examinateur :

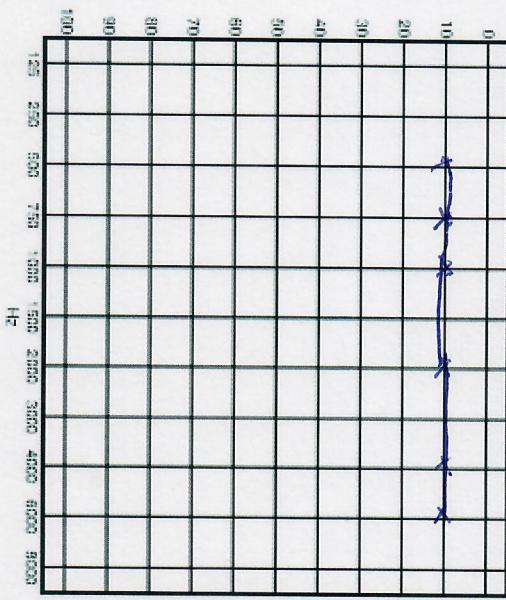
DR PATRICK CORREA
Médecin Aéronautique
MED.130
DGAC N°3857 - FAA-00773

Date - 28-11-25
Nom - Béatrice
Prénom - Youzi

Date de Naissance -

AUDIOGRAMME

dB O. DROITE



dB O. GAUCHE

