

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

(1) Pays de délivrance de licence : IRELAND		(13) N° référence: IE-FCL-281836																																																																																																																																																																																	
(3) Nom : STEPHENSON		(4) Nom de naissance																																																																																																																																																																																	
(5) Prénom(s) : NEILL ROBERT		(6) Date de naissance 05/10/1961	(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																
(8) Lieu et pays de naissance : CUISBORNE, NEW ZEALAND		(9) Nationalité : NEW ZEALAND																																																																																																																																																																																	
(10) Adresse permanente : 10 WASHING PLACE TE PUKE 3119 Pays NEW ZEALAND N° de téléphone : +64274802459 Courriel : neill.stephenson@gmail.com		(11) Adresse postale : (si différente) Pays : N° de téléphone :																																																																																																																																																																																	
(18) Licence(s) de vol possédée(s)		types	Numéro de licence																																																																																																																																																																																
		ATPL	IE 281 836																																																																																																																																																																																
			IRELAND																																																																																																																																																																																
(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 type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Date : 19/01/2016 Lieu: BRUNET POST TENDON SURGERY - 3 MONTHS Détails :																																																																																																																																																																																			
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu: Détails :																																																																																																																																																																																			
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière 3 unités																																																																																																																																																																																			
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt : Oui <input type="checkbox"/> type et quantité :																																																																																																																																																																																			
<p>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). Détallez dans la rubrique « (30) remarques »</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> <th>Oui</th> <th>Non</th> <th>Oui</th> <th>Non</th> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td colspan="4">Antécédents familiaux</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage</td> <td>(123) Paludisme, autre maladie tropicale</td> <td>(170) Affection cardiaque</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>(113) Traumatismes crânien ou commotion</td> <td>(124) Test VIH positif</td> <td>(171) Hypertension artérielle</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>(114) Maux de tête fréquents ou graves</td> <td>(125) Maladie sexuellement transmissible</td> <td>(172) Taux élevé de cholestérol</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>(115) Accès de vertige/évanouissement</td> <td>(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil</td> <td>(173) Epilepsie</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>(116) Perte de conscience quel que soit le motif</td> <td>(127) Maladie musculaire ou squelettique</td> <td>(174) Maladie mentale/suicide</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>(117) Affection neurologique : AVC, epilepsie, convulsions, paralysie, etc...</td> <td>(128) Toute autre maladie ou blessure</td> <td>(175) Diabète</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature</td> <td>(129) Hospitalisation</td> <td>(176) Tuberculose</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue</td> <td>(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical</td> <td>(177) Allergie/asthme/eczéma</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>(120) Tentative de suicide ou automutilation</td> <td>(131) Assurance vie refusée pour motif médical</td> <td>(178) Maladie héréditaire</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>(121) Mal des transports nécessitant médication</td> <td>(132) Refus de licence de vol pour motif médical</td> <td>(179) Glaucome</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines</td> <td>(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical</td> <td>(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>(123) Exempté ou réformé du service national pour motif médical</td> <td>(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie</td> <td>(151) Etes-vous enceinte ?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>				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				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	(170) Affection cardiaque	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(113) Traumatismes crânien ou commotion	(124) Test VIH positif	(171) Hypertension artérielle	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(114) Maux de tête fréquents ou graves	(125) Maladie sexuellement transmissible	(172) Taux élevé de cholestérol	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(115) Accès de vertige/évanouissement	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	(173) Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	(127) Maladie musculaire ou squelettique	(174) Maladie mentale/suicide	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(117) Affection neurologique : AVC, epilepsie, convulsions, paralysie, etc...	(128) Toute autre maladie ou blessure	(175) Diabète	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	(129) Hospitalisation	(176) Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	(177) Allergie/asthme/eczéma	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(120) Tentative de suicide ou automutilation	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	(178) Maladie héréditaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(121) Mal des transports nécessitant médication	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	(179) Glaucome	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(123) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	(151) Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																		
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																																																																																																																																																																											
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	(170) Affection cardiaque	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(113) Traumatismes crânien ou commotion	(124) Test VIH positif	(171) Hypertension artérielle	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(114) Maux de tête fréquents ou graves	(125) Maladie sexuellement transmissible	(172) Taux élevé de cholestérol	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(115) Accès de vertige/évanouissement	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	(173) Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	(127) Maladie musculaire ou squelettique	(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"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(117) Affection neurologique : AVC, epilepsie, convulsions, paralysie, etc...	(128) Toute autre maladie ou blessure	(175) Diabète	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	(129) Hospitalisation	(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"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(120) Tentative de suicide ou automutilation	(131) Assurance vie refusée 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(121) Mal des transports nécessitant médication	(132) Refus de licence de vol 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(123) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	(151) Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																																																																																																							
(30) Remarques : 102, 104, 128, 129, 170, 171, 172, 175 - PREVIOUSLY REPORTED NO CHANGE																																																																																																																																																																																			

(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 évaluateur 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 compléter une évaluation médicale et deviendront et resteront 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. 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 :

29 SEP 2025

Signature du demandeur :



Signature du médecin examinateur :

Dr Patrick CORREA
Médecin Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773

Ref Formulaire pour demande de certificat médical ED Decision 2019/002/R 03.09.2019

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

NOM STEPHENSON		Prénoms : NEILL ROBERT		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 05/10/1961	
				Lieu de naissance: GISBORNE, NEW ZEALAND	
(201) Catégorie d'examen	(202) Taille	(203) Poids	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg
<input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	188 cm	98 kg	Brun	Brun.	128 / 89
				Systolique	Diastolique
				Pulsations (bpm)	Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> irrégulier
				75	

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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input type="checkbox"/>
(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire				

Captain. Heleopta Helcomra. 63 years. AW 189. 3 Child. Smoker = o. Alc = o. Spnt = +

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	16		
Œil gauche sans correction	Corrigée à	16		
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	10		
(230) Vision Intermédiaire sans correction avec correction				
N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(231) de près sans correction avec correction				
N5 lu à 30 - 50cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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 89 Type I S H I H A R A				
Nombre de tables présentées 89 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"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Audiométrie éventuelle				
Hz	500	1000	2000	3000
Oreille droite				
Oreille gauche				

(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine	
VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)	141,3 (g/dl)	
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input checked="" type="checkbox"/>

(248) Commentaires, limitations :				
<i>UNL.</i>				
<i>F.t. 04-04-2026</i>				

(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: 29/04/2025	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé: Dr Patrick CURRE 3, AV. des Ambassades DAKAR SENEGAL		Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature: Dr Patrick CURRE Medecine Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773	
Fax: Telephone:		E-mail: Numéro d'AME:		

MED.A.020 Decrease in medical fitness

- a) *Licence holders shall not exercise the privileges of their licence and related ratings or certificates at any time when they:*
- 1) *are aware of any decrease in their medical fitness which might render them unable to safely exercise those privileges;*
 - 2) *take or use any prescribed or non-prescribed medication which is likely to interfere with the safe exercise of the privileges of the applicable licence;*
 - 3) *receive any medical, surgical or other treatment that is likely to interfere with flight safety;*
- b) *In addition, licence holders shall, without undue delay, seek aero-medical advice when they:*
- 1) *have undergone a surgical operation or invasive procedure;*
 - 2) *have commenced the regular use of any medication;*
 - 3) *have suffered any significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew;*
 - 4) *have been suffering from any significant illness involving incapacity to function as a member of the flight crew;*
 - 5) *are pregnant;*
 - 6) *have been admitted to hospital or medical clinic;*
 - 7) *first require correcting lenses.*

MED.A.020 Diminution de l'aptitude médicale

- a) *Les titulaires de licence n'exercent à aucun moment les priviléges de leur licence et des qualifications ou certificats qui y sont liés s'ils :*
- 1) *ont connaissance d'une quelconque diminution de leur aptitude médicale susceptible de les rendre incapables d'exercer ces priviléges en toute sécurité;*
 - 2) *ont pris ou utilisent des médicaments prescrits ou non prescrits qui sont susceptibles d'influer sur l'exercice en toute sécurité des priviléges de la licence en question ;*
 - 3) *reçoivent tout traitement médical chirurgical ou autre susceptible d'influer sur la sécurité des vols.*
- b) *En outre, les titulaires de licence tâchent d'obtenir, sans retard indu, un avis aéromédical :*
- 1) *s'ils ont subi une opération chirurgicale ou une procédure invasive ;*
 - 2) *s'ils ont entamé la prise régulière d'un médicament ;*
 - 3) *s'ils souffrent de toute blessure importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;*
 - 4) *s'ils souffrent d'une maladie importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;*
 - 5) *en cas de grossesse ;*
 - 6) *s'ils ont été admis dans un hôpital ou une clinique médicale ;*
 - 7) *s'ils ont besoin de verres correcteurs pour la première fois.*

CERTIFICAT MÉDICAL
Medical certificate

CLASSE 1 / 2 / LAPL
CLASS 1 / 2 / LAPL
European Union medical certificate
Issued in accordance with Part-MED
Complies with ICAO standards
Except for the LAPL medical certificate

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

XIII Limitations / Limitations
Code - Description / Code - Description

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/YY)

Numéro de certificat / Certificate number

R L LAND

L - R - I - L - 2 - 8 - 1 - 8 - 3 - 6

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

Stephenson Nepp Robert

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

15/10/1961

Nationalité / Nationality

New Zealand

II Signature du titulaire / Signature of holder



Date de l'examen médical /
Date of medical examination

29/10/2025

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



Date de délivrance / Date of issue

29/10/2025

Date du dernier électrocardiogramme /
Date of last electrocardiogram

29/10/2025

Date du dernier audiogramme /
Date of last audiogram

04/10/2024

Date du dernier audiogramme /
Date of last audiogram

29/10/2026

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

04/10/2026

Classe 2 / Class 2

29/10/2026

LAPL / LAPL

29/10/2026

XI Cachet / Stamp

Dr. Patrick CORREA
Médecin Aéronautique
SPN - MED-D-004
DGAC 47357 - FA-00773



**DIRECTION GÉNÉRALE
DE L'AVIATION CIVILE**
Civil Aviation Administration - France