

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.FL.281836	
(3) Nom : STEPHENSON		(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) : NEILL ROBERT		(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation
(6) Date de naissance 05/10/1961		(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	(14) Type de licence désirée : ATPL
(8) Lieu et pays de naissance : DUNEDIN, NEW ZEALAND		(9) Nationalité : NEW ZEALAND	(15) Profession (principale) : PILOT
(10) Adresse permanente : 10 WASHCRO PLACE TE PUKE 3119 NEW ZEALAND N° de téléphone : 464274802459 Courriel : neillstephenson@gmail.com		(11) Adresse postale : (si différente)	(16) Employeur : HELICONIA AERO LTD
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types : ATPL Numéro de licence : IE 281 836 Pays de délivrance : IRELAND		(17) Dernier examen médical : Date : 22/02/2025 Lieu : DR CORREA SENEGAL SEN-MED-004	
(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		(21) Nombre total d'heures de vol : 8023	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : _____ Lieu : _____		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 69	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière 3 unités		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : AW139	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt : _____		(25) Type de vol envisagé : COMMERCIAL	
(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input 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"/>	Antécédents familiaux	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(170) Affection cardiaque	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(171) Hypertension artérielle	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(172) Taux élevé de cholestérol	<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"/>	(173) Epilepsie	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(174) Maladie mentale/suicide	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(175) Diabète	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(176) Tuberculose	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(177) Allergie/asthme/eczéma	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(178) Maladie héréditaire	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(179) Glaucome	<input 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	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(151) Etes-vous enceinte ?	<input 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 A LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MEDICALES : 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 médico-aéronautique 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 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 DONNEES 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 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 États membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date :

29 SEP 2025

Signature du demandeur :

[Signature]

Signature du médecin examinateur :

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

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM STEPHENSON		Prénoms : NEILL ROBERT		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 05/10/1961		Lieu de naissance : AISBORNE, NEW ZEALAND	
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 188 cm	(203) Poids 98 kg	(204) Yeux couleur Brun	(205) Cheveux couleur Brun.	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 128 Diastolique 89	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 75 Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> irrégulier	

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal	normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input checked="" type="checkbox"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input type="checkbox"/>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input checked="" type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
Captain. Helicopte Helicoma. 63 years. Awd 89. 3 child. Smoker = 0. Alci = 0. Spant = 0.

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	10
Œil gauche sans correction	Corrigée à	10
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	10

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

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

(231) **de près** N5 lu à 30 - 50cm

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

(232) **Lunettes** Oui ☒ Non ☐
 Type : Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter
 Œil droit
 Œil gauche

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

(313) **Perception des couleurs** Normale ☐ Anormale ☐
 Tables pseudo-isochromatiques 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 réalisés)
 Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur

Oreille droite	Oreille gauche
Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) **Fonction respiratoire** VEMS/CV % Peak Flow (l/min)
 Normal ☐ Anormal ☐ Normal ☐ Anormal ☐

(237) **Hémoglobine** **14,3** (g/dl)
 Normal ☒ Anormal ☐

(248) **Commentaires, limitations :**
UNL.
F.it. 04.04.2026

(249) **Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé**
 Je soussigne certifie que j'ai personnellement examiné (ou que mon groupe de médecins-conseils agréés a examiné) le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent nos constatations d'une manière complète.

(250) date : **29-04-2025**
 et lieu : **Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL**

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

Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature :
 Numéro d'AME : **Dr Patrick CORREA Médicine Aérospatiale SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773**



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

MED.A.020 Diminution de l'aptitude médicale

- a) Les titulaires de licence n'exercent à aucun moment les privilèges 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 privilèges 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 privilèges 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 tachent 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.

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.

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)

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

04/04/2026

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

04/04/2026

Classe 2 / Class 2

29/09/2026

LAPL/LAPL

29/09/2026

XIII Limitations / Limitations

Code - Description / Code - Description

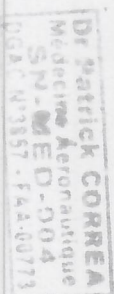
VNL

X Date de délivrance / Date of issue

29/09/2025

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

29/09/2025

Date du dernier électrocardiogramme /
Date of last electrocardiogram

29/09/2025

Date du dernier audiogramme /
Date of last audiogram

04/03/2024

Etat dans lequel la licence de pilote a été
délivrée ou demandée / Authority that issued
or is to issue the pilot licence

IRELAND

Numéro de certificat / Certificate number

IE-FIL-28-18-36

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

Stephenson Neil Robert
V Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of
birth (DD/MM/YYYY)

25/10/1961

Nationalité / Nationality

New Zealand

II Signature du titulaire / Signature of holder

Stephenson