

# FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) Pays de délivrance de licence :<br><b>IRELAND</b>                                                                                                                                                                                                                                                                           | (13) N° référence: <b>IE-FCL-281836</b>                                                                                                                                                           |                                                                                                                      |
| (3) Nom :<br><b>STEPHENSON</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):<br><b>NEILL ROBERT</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                           | (4) Nom de naissance                                                                                                                                                                              | (12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation |
| (8) Lieu et pays de naissance:<br><b>AISBORNE, NEW ZEALAND</b>                                                                                                                                                                                                                                                                  | (6) Date de naissance<br><b>05/10/1961</b>                                                                                                                                                        | (7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>                             |
| (10) Adresse permanente:<br><b>10 WASHER PLACE<br/>TE PUKE 3119<br/>NEW ZEALAND</b>                                                                                                                                                                                                                                             | (9) Nationalité:<br><b>NEW ZEALAND</b>                                                                                                                                                            | (14) Type de licence désirée: <b>ATPL</b>                                                                            |
| (11) Adresse postale: (si différente)                                                                                                                                                                                                                                                                                           | (15) Profession (principale): <b>PILOT</b>                                                                                                                                                        | (16) Employeur: <b>HELICONIA-AERO LTD</b>                                                                            |
| (17) Dernier examen médical:<br>Date: <b>29/09/2025</b><br>Lieu: <b>DR CORREA, SENEGAL</b>                                                                                                                                                                                                                                      | (19) Conditions, limitations du certificat médical:<br>Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> détails: <b>VNI</b>                                                   |                                                                                                                      |
| (18) Licence(s) de vol possédée(s)<br>types: <b>ATPL</b> Numéro de licence: <b>IE-FCL-281836</b> Pays de délivrance: <b>IRELAND</b>                                                                                                                                                                                             | (21) Nombre total d'heures de vol: <b>8079</b>                                                                                                                                                    | (22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical: <b>59</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 ?<br>Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Date: <b>19/01/2016</b> Lieu: <b>BRUNEI</b><br>Détails: <b>POST SURGERY (TENDON) 3 MONTHS</b> | (23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s):<br><b>AW 139</b>                                                                                                                           |                                                                                                                      |
| (24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ?<br>Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date: _____ Lieu: _____<br>Détails: _____                                                                                                                        | (25) Type de vol envisagé: <b>COMMERCIAL</b>                                                                                                                                                      |                                                                                                                      |
| (27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> consommation journalière <b>3</b> unités                                                                                                                                                                                 | (26) Activité aérienne actuelle: Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input checked="" type="checkbox"/>                                                                              |                                                                                                                      |
| (29) Consommez vous du tabac ?<br>Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt: _____<br>Oui <input type="checkbox"/> type et quantité: _____                                                                                                                       | (28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/><br>Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi: _____ |                                                                                                                      |

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

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                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| (101) Maladie ou opération oculaire                                                           | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | (112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage                      | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (123) Paludisme, autre maladie tropicale                        | <input type="checkbox"/>            |
| (102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | (113) Traumatismes crâniens ou commotion                                     | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (124) Test VIH positif                                          | <input type="checkbox"/>            |
| (103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen       | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | (114) Maux de tête fréquents ou graves                                       | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (125) Maladie sexuellement transmissible                        | <input type="checkbox"/>            |
| (104) Allergie ou rhume des foies                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | (115) Accès de vertige/évanouissement                                        | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil                      | <input type="checkbox"/>            |
| (105) Asthme ou maladie pulmonaire                                                            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | (116) Perte de conscience quel que soit le motif                             | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (127) Maladie musculaire ou squelettique                        | <input type="checkbox"/>            |
| (106) Maladie du cœur ou des vaisseaux                                                        | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | (117) Affection neurologique: AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc... | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (128) Toute autre maladie ou blessure                           | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (107) Tension artérielle élevée ou basse                                                      | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | (118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature                | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (129) Hospitalisation                                           | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (108) Calcul rénal ou sang dans les urines                                                    | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | (119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue                             | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical     | <input type="checkbox"/>            |
| (109) Diabète ou désordre hormonal                                                            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | (120) Tentative de suicide ou automutilation                                 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (131) Assurance vie refusée pour motif médical                  | <input type="checkbox"/>            |
| (110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins                                        | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | (121) Mal des transports nécessitant médication                              | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (132) Refus de licence de vol pour motif médical                | <input type="checkbox"/>            |
| (111) Surdité ou maladie des oreilles                                                         | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | (122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines                  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (133) Exempt  ou réformé du service national pour motif médical | <input type="checkbox"/>            |
|                                                                                               |                                     |                                     |                                                                              |                          |                                     | (134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie         | <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 d j accordé ou refuser de me fournir un nouveau certificat médical, sans préjudice de toute autre action applicable en vertu du droit national.

CONSENTEMENT   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 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 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 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 :

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

*[Signature]*

Dr Patrick CORREA  
Médecin  valuateur  
ARA-MED-004  
DGAC N 307 2025

# 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 : **GILBORNE, NEW ZEALAND**

|                                                                                                                                                                                                        |                               |                             |                                   |                                       |                                                                                            |                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (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>183</b> cm | (203) Poids<br><b>80</b> kg | (204) Yeux<br>couleur <b>Brun</b> | (205) Cheveux<br>couleur <b>Brun.</b> | (206) Tension artérielle (assis)<br>mmHg<br>Systolique <b>130</b><br>Diastolique <b>84</b> | (207) Pouls au repos<br>Pulsations (bpm) <b>67</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  
**Captain. Helicopter. Age 179. Helicopter. project to fixed post in Senegal. 64 years. 3 child. Smoke = 0 Ale = occ. Spat = ±. III = 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 <b>09</b> |
| Œil gauche sans correction          | Corrigée à <b>09</b> |
| Vision binoculaire, sans correction | Corrigée à <b>09</b> |

(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** Oui ☒ Non ☐  
Type : **A**

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

| 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  
Nombre de tables présentées **09** 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'examineur | Oreille droite                                                          | Oreille gauche                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
|                                                                          | 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** (237) **Hémoglobine**

| VEMS/CV                         | %                                | Peak Flow                       | (l/min)                          | Hémoglobine (g/dl)                      |
|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------|
| Normal <input type="checkbox"/> | Anormal <input type="checkbox"/> | Normal <input type="checkbox"/> | Anormal <input type="checkbox"/> | <b>15,8</b> (g/dl)<br><b>Cfe = 0,52</b> |

(248) **Commentaires, limitations :**  
**UML.**  
**Fct. → 04-10-2026**

(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 : <b>16-07-2016</b> | Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : <b>Dr Patrick CORREA, des Ambassades DAKAR SENEGAL</b> | Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : <b>Dr Patrick CORREA, Médicine aéronautique, SLM 004, DGAC N°3857 - FAA-00773</b> |
| Fax : _____                    | Telephone : _____                                                                                                     | Numéro d'AME : _____                                                                                                                                  |

(235) **Analyse d'urine** Normale ☒ Anormale ☐  
Glucose ☒ Protéines ☒ Sang ☒ Autres ☐

**Rapports annexés**

|                               | Non réalisé              | Date              | normal                              | anormal                  |
|-------------------------------|--------------------------|-------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| (238) ECG                     | <input type="checkbox"/> | <b>16-07-2016</b> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (239) Audiogramme             | <input type="checkbox"/> |                   | <input 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 : **Apt** Nom : \_\_\_\_\_  
Signature : \_\_\_\_\_

(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 type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

# AUDIOGRAMME

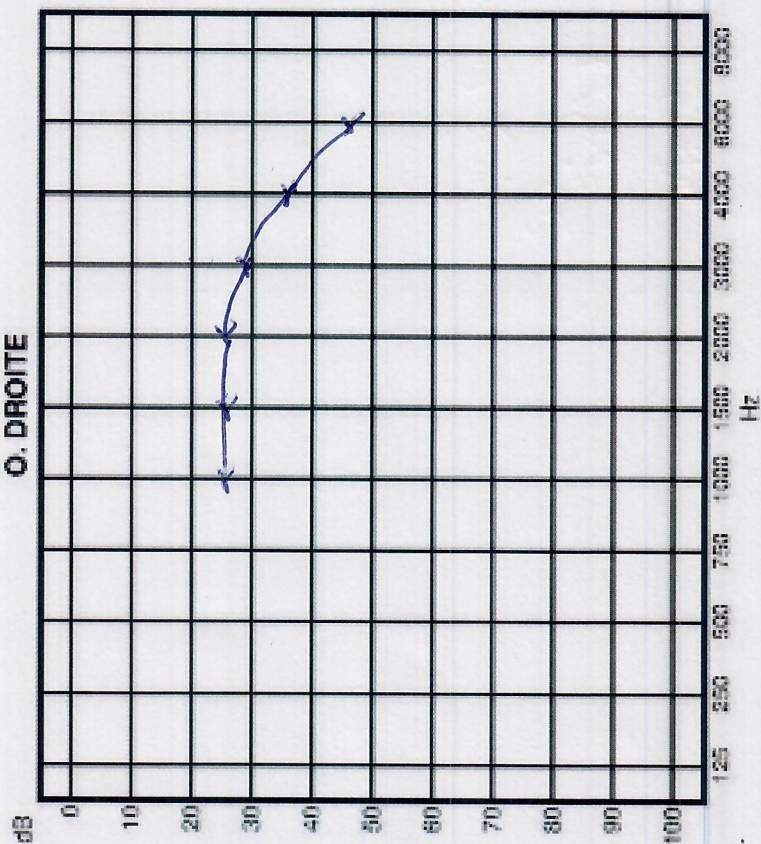
Date : 16-03-26

Nom : \_\_\_\_\_

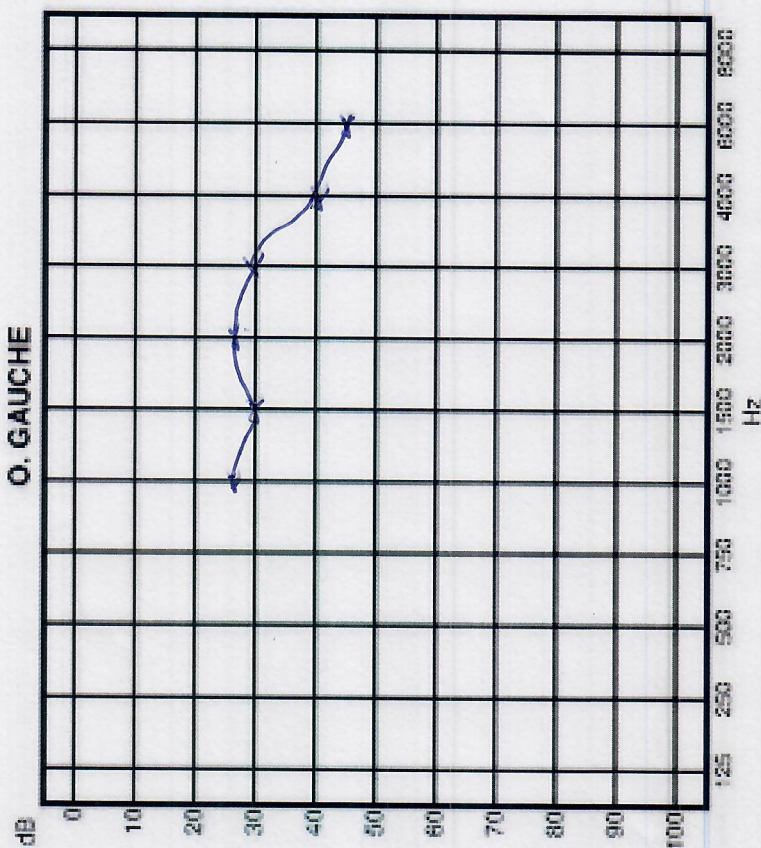
Prénom : Stephane N Robert

Date de Naissance : 05/10/67

O. DROITE



O. GAUCHE



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

European Union  
medical certificate  
Issued in accordance with Part-MED  
Complies with ICAO standards  
Except for the LAPL medical certificate

CLASSE 1 / 2 / LAPL  
CLASS 1 / 2 / LAPL

CERTIFICAT MÉDICAL  
Medical certificate



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE  
DIRECTION GÉNÉRALE  
DE L'AVIATION CIVILE  
CIVIL AVIATION ADMINISTRATION - FRANCE

|     |                                                                                                                           |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I   | Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence |
| II  | Numéro de certificat / Certificate number                                                                                 |
| III | Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder                                                                |
| IV  | Date de naissance du titulaire (JJ/MM/AAAA) / Date of birth of holder (DD/MM/YYYY)                                        |
| V   | Nationalité du titulaire / Nationality of holder                                                                          |
| VI  | Signature du titulaire / Signature of holder                                                                              |

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 qu'ils ont acquis :

(1) s'ils ont connaissance d'une quelconque diminution de leur aptitude médicale susceptible de les rendre incapables d'exercer ces privilèges en toute sécurité ;

(2) s'ils prennent ou utilisent des médicaments prescrits ou non prescrits qui sont susceptibles d'influer sur l'exercice en toute sécurité des privilèges de licence en question ;

(3) s'ils 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.

II Certificat médical de Classe 1  
Class 1 medical certificate

IX Date d'expiration du certificat médical pour (JJ/MM/AAAA) / Expiry date of the medical certificate for (DD/MM/YYYY)

Classe 1 / Class 1  
04-10-26  
Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers

Classe 2 / Class 2  
16-03-27  
LAPL / LAPL  
16-03-28

Autre information / Other information

MED.A.020 Decrease in medical fitness

(a) Licence holders shall not exercise the privileges of their licence and related ratings and/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 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.

XIII Limitations / Limitations  
Code - Description / Code - Description

VNL

X Date de délivrance / Date of issue  
16-03-2026

Signature du médecin examinateur ou de l'évaluateur médical qui a émis le certificat / Signature of the AME or medical assessor that issued the certificate

XI Cachet ou tampon / Seal or stamp

DR NATHAN CORREA  
Médecine Aéronautique  
SM-MED-004  
DGAC N°3857 - FAA-00773

|                                                                                         |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Date de l'examen médical / Date of medical examination                                  | 16-03-2026 |
| Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram                    | 16-03-2026 |
| Date du prochain électrocardiogramme / Date of the next electrocardiogram               | 04-10-2026 |
| Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram                                    | 16-03-2026 |
| Date du prochain audiogramme / Date of the next audiogram                               | 04-10-2026 |
| Date du prochain examen ophtalmologique / Date of the next ophthalmological examination | 16-03-2026 |
| Date du prochain examen ophtalmologique / Date of the next ophthalmological examination | 04-10-2026 |