

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

(1) Pays de délivrance de licence : ITALY		(13) N° référence:	
(3) Nom : BERTON		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☒ Classe 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA ☐	
(5) Prénom(s) : UGO		(4) Nom de naissance	
(6) Date de naissance : 16-05-1970		(7) Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐	
(8) Lieu et pays de naissance : ITALY		(12) Genre sollicité ☐ initial ☐ renouvellement/prorogation	
(10) Adresse permanente : VIAS GRANTO 36 PONT ST MARTIN		(14) Type de licence désirée :	
(11) Adresse postale : (si différente)		(15) Profession (principale) : PILOTE	
(17) Dernier examen médical : Date : 10-12-24 Lieu : MILAN		(16) Employeur : HELICOLA	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) : types ATPLH Numéro de licence ET FCL 8822 Pays de délivrance ITALY		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ☐ Oui ☒ détails : VMC	
(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 ☒ Oui ☐ Date : Lieu :		(21) Nombre total d'heures de vol : 7520	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu :		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 250	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non ☒ Oui ☐ consommation journalière unités		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : AW139	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais ☐ Non actuellement ☒ Date de l'arrêt : 2010		(25) Type de vol envisagé : CAT	
(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☐ Multipilote ☒		(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non ☒ Oui ☐ 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
☐	☒	☐	☒	☐	☒	Antécédents familiaux	
☒	☐	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : BERTON		Prénoms : UGO		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 16-05-1970			Lieu de naissance : 16-05-1970	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☒ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 177 cm	(203) Poids 64 kg	(204) Yeux couleur Jaune	(205) Cheveux couleur Jaune	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 118 Diastolique 70	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 57 ☒ Rythme régulier ☐ irrégulier		

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

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire.
ODD. Acc 139. Cptam. 55 ans. Diabète. 2 enfants. Tabac=0. Alc=0. Sport=2-3 fois/semaine.

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** sans correction avec correction
 N14 lu à 100cm

Œil droit	Oui	Non	Oui	Non
Œil gauche	☒	☐	☒	☐
Vision binoculaire	☒	☐	☒	☐

 (231) **de près** N5 lu à 30 - 50cm

Œil droit	Oui	Non	Oui	Non
Œil gauche	☒	☐	☒	☐
Vision binoculaire	☒	☐	☒	☐

 (232) **Lunettes** Type : **A**
 (233) **Lentilles de contact** 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 **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	Oui ☒	Oreille gauche	Oui ☒
Non ☐	Non ☐	Non ☐	Non ☐

 Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) **Fonction respiratoire** (237) **Hémoglobine**

VEMS/CV	%	Peak Flow	(l/min)	(g/dl)
Normal ☐	Anormal ☐	Normal ☐	Anormal ☐	Normal ☒

Hgb=10.2

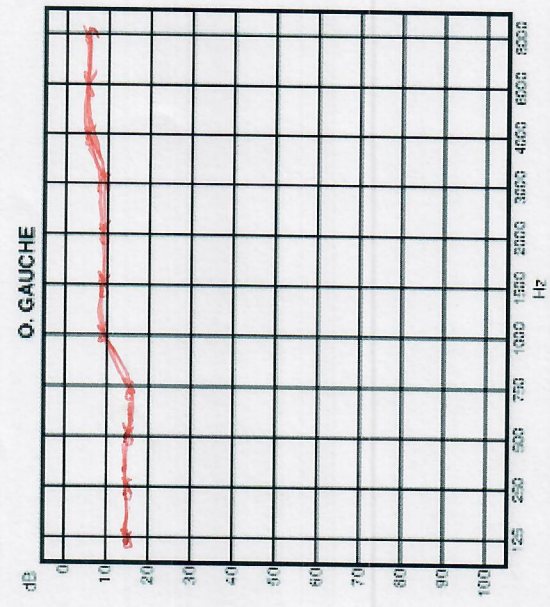
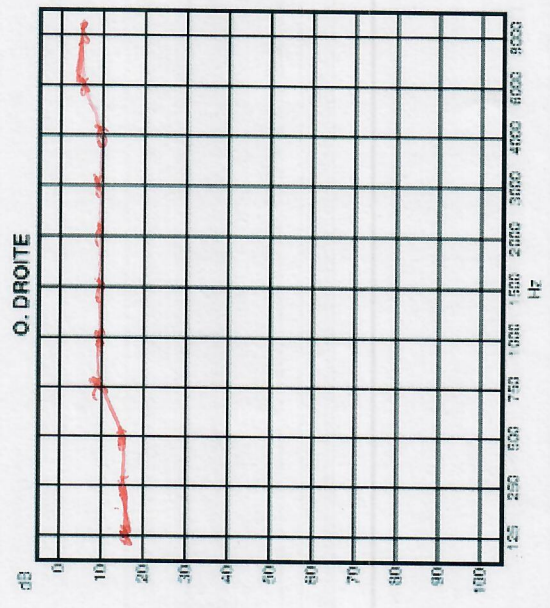
(248) **Commentaires, limitations :**
URL.
Fit classe 1 -> 08-01-2027

(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 : 15-12-2020	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : Patrick CORREA Méd. A. Méd. 004 DGAC N°3857 - FAA-00773
Numéro d'AME :		

Date : 02/12/2025
Nom : BERTONI
Prénom : VGO
Date de Naissance : 16/05/1970

AUDIOGRAMME



Data / Date	Ultimo / Last	prossimo / next		
		Classe 1 /	Classe 2 /	LAPL
Visita medica Medical examination	10.12.2024	08.01.2026 08.07.2025*	08.01.2026	08.01.2027
ECG ECG	10.12.2024	08.01.2026 08.07.2025*	08.01.2027	08.01.2027
Audiogramma Audiogram	08.01.2024	08.01.2026	08.01.2026	08.01.2026
Visita medica estesa Extended medical exam	28.03.2019			

Il titolare del certificato è autorizzato ad esercitare i privilegi pertinenti alla licenza posseduta soggetti alle eventuali limitazioni o condizioni riportate. / The holder of this certificate is entitled to exercise the privileges of the related EASA FCL pilot licence subject to any limitations or conditions shown.

Le date indicate nella tabella sono esclusivamente a scopo informativo. / The dates listed in this table are for

* Operazioni commerciali single-pilot con trasporto passeggeri / single-pilot commercial air transport operation carrying passengers (EASA Part-MED. A. 045a)

XIII Limitazioni (codice o descrizione) / Limitations (code and description)
VML
CORRECTION FOR DEFECTIVE DISTANT, INTERMEDIATE AND NEAR VISION

Note / Remarks:

Idoneo al conseguimento IR
IR checked

Si Yes
No No

- MED.A.020 Diminuzione dell'idoneità fisica**
- (a) I titolari di una licenza non possono mai esercitare i privilegi della loro licenza e relative abilitazioni o certificati nel caso in cui:
- siano a conoscenza di una diminuzione della loro idoneità fisica che potrebbe renderli incapaci di esercitare tali privilegi in sicurezza;
 - assumano o facciano uso di sostanze medicinali prescritte o non, tali da poter interferire con l'esercizio in sicurezza dei privilegi associati alla licenza applicabile; oppure
 - siano soggetti a trattamenti medici, chirurgici o di altra natura che possono interferire con la sicurezza del volo.
- (b) Inoltre, i titolari di una licenza devono sottoporsi senza alcun indugio a consulenza aeromedica nel caso in cui:
- si siano sottoposti a un'operazione chirurgica o a una procedura invasiva;
 - abbiano iniziato ad assumere medicinali con regolarità;
 - abbiano subito una lesione personale significativa che abbia causato incapacità a operare come membro dell'equipaggio di condotta;
 - siano stati affetti da una patologia significativa che abbia causato incapacità a operare come membro dell'equipaggio di condotta;
 - siano in stato di gravidanza;
 - siano stati ricoverati in un ospedale o in una clinica medica; o
 - abbiano bisogno per la prima volta di lenti correttive.

- 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:
- are aware of any decrease in their medical fitness that might render them unable to safely exercise those privileges;
 - take or use any prescribed or non prescribed medication that is likely to interfere with the safe exercise of the privileges of the applicable licence; or
 - 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 aeromedical advice when they
- have undergone a surgical operation or invasive procedure;
 - have commenced the regular use of any medication;
 - have suffered any significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew;
 - have been suffering from any significant illness involving incapacity to function as a member of the flight crew;
 - are pregnant;
 - have been admitted to hospital or medical clinic; or
 - first require correcting lenses.

Classe medica rilasciata
Medical class issued

1 / 2 / LAPL

IX Valido fino / Valid until (dd/mm/yyyy)

Classe 1 / Class 1
comm. single-pil. con pass.
comm. single-pilot with pass.*

Classe 2 / Class 2 (PPL)
LAPL

* Operazioni commerciali single-pilot con trasporto passeggeri / single-pilot commercial air transport operation carrying passengers (EASA Part-MED. A. 045a)
X Data di rilascio - valido dal
Date of issue - valid after

10.12.2024

XI Timbro / Stamp

Stefano Farrace
7 P.zza San Martino
21010 Ferno (VA)
E-mail: farrax@inwind.it

Firma / Signature

Dr. Stefano FARRACE
Medico Aeromedico

Numero AME / AME ID IT-1047-AME

Code ID: 30abtraad-193arcatra51-7ff9

I Autorità che ha rilasciato o rilascia la licenza di pilota
Authority that issued or is to issue the pilot licence

Italy

III Numero del certificato medico / Certificate number

IT.MED.15048.FCL

IV Cognome e nome del titolare / Last and first name of holder

BERTONI, Ugo

XIV Data di nascita / Date of birth (dd/mm/yyyy)

16.05.1970

VI Nazionalità / Nationality

Italian

VII Firma del titolare / Signature of holder

Ente Nazionale per l'Aviazione Civile
Italian Civil Aviation Authority

ENAC
ENTE NAZIONALE PER L'AVIAZIONE CIVILE
ITALIAN CIVIL AVIATION AUTHORITY

European Union
CLASS 1 / 2 / LAPL
CLASSE 1 / 2 / LAPL
Medical Certificate
Pertaining to a Part-FCL licence
Certificato medico
Relativo a licenza Part-FCL
Issued in accordance to Part-MED
Rilasciato in conformità alla parte MED
This medical certificate complies with ICAO standards,
except for the LAPL medical certificate
Il presente certificato medico è conforme agli standard
ICAO, ad eccezione del certificato medico LAPL
Modulo 147 - Edizione 1

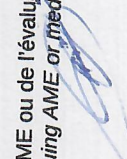
MARRONI

Signature / Signature

P<ITABERTONI<<UGO<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<
YB38842703ITA7005163M2902038<<<<<<<<<<<<<<<06

I	Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence ITALY
III	Numéro de certificat / Certificate number ITFEL 8822
IV	Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder Dexterio Dgo
XIV	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY) 16-05-1970
VI	Nationalité / Nationality Italienne
VII	Signature du titulaire / Signature of holder Ch. Berber

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) 02-06-2026
	Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers 08-01-2027
	Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations 08-01-2027
	Classe 2 / Class 2 02-12-2027
	LAPL / LAPL

XIII	Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description VNL
X	Date de délivrance / Date of issue 02-12-2025
	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 02-12-2025
	Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram 02-12-2025
	Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram 02-12-2025