

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

(1) Pays de délivrance de licence : <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: 1.2em; font-weight: bold;">FRANCE</div>		(13) N° référence :										
(3) Nom : <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: 1.2em; font-weight: bold;">HOWA</div>		(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) : <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: 1.2em; font-weight: bold;">MAXIME BALTHAZAR ANTOINE</div>		(4) Nom de naissance :										
(8) Lieu et pays de naissance : <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: 1.2em; font-weight: bold;">LYON - FRANCE</div>		(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation										
(10) Adresse permanente : <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: 1.2em; font-weight: bold;">21 QUAI JAYR, 69009 LYON</div>		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: 1.2em; font-weight: bold;">20/04/1993</div>										
Pays : FRANCE N° de téléphone : 07 70 69 42 52 Courriel : maxime.howa@gmail.com		(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>										
(18) Licence(s) de vol possédée(s) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">types</th> <th style="width: 30%;">Numéro de licence</th> <th style="width: 40%;">Pays de délivrance</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: 1.2em; font-weight: bold;">FRA-FCL AH</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: 1.2em; font-weight: bold;">00322 818</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: 1.2em; font-weight: bold;">FRANCE</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </td> </tr> </tbody> </table>		types	Numéro de licence	Pays de délivrance	FRA-FCL AH	00322 818	FRANCE				(14) Type de licence désirée : <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: 1.2em; font-weight: bold;">ATPL(H)</div>	
types	Numéro de licence	Pays de délivrance										
FRA-FCL AH	00322 818	FRANCE										
(20) Est-ce qu'une autorité aéronautique a refusé de vous délivrer un certificat médical, prononcé une décision de retrait ou de suspension de celui-ci ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Date : Lieu :		(15) Profession (principale) : <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: 1.2em; font-weight: bold;">PILOTE HELICOPTERE</div>										
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :		(16) Employeur : <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: 1.2em; font-weight: bold;">HOSIMALTA - HELICONIA</div>										
(27) Consommez-vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		(17) Dernier examen médical : Date : DAKAR Lieu : 17/12/2024										
(29) Consommez-vous du tabac ? Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt :		(19) Conditions, limitations du certificat médical : Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :										
(25) Type de vol envisagé : <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: 1.2em; font-weight: bold;">OFFSHORE MP</div>		(21) Nombre total d'heures de vol : <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: 1.2em; font-weight: bold;">2860</div>										
(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input checked="" type="checkbox"/>		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: 1.2em; font-weight: bold;">185</div>										
(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 :		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: 1.2em; font-weight: bold;">AW 139</div>										

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		
(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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Antécédents familiaux					
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(113) Traumatismes crâniens ou commotion	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(124) Test VIH positif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(170) Affection cardiaque	<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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(171) Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(115) Accès de vertige/évanouissement	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(172) Taux élevé de cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
(104) Allergie ou rhume des foins	<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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(173) Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	<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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(174) Maladie mentale/suicide	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
									(175) Diabète	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(129) Hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(176) Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
(107) Tension artérielle élevée ou basse	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(177) Allergie/asthme/eczéma	<input type="checkbox"/>	<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"/>	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(178) Maladie héréditaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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"/>	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(179) Glaucome	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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"/>	(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	A remplir uniquement pour les femmes					
									(150) Affection(s) gynécologique(s), problèmes de menstruation	<input type="checkbox"/>	<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"/>	(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(151) Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

(30) Remarques :

(31) Déclaration : Je soussigné(e), déclare avoir répondu de façon sincère aux questions qui m'ont été posées lors du présent examen et je n'ai pas eu connaissance de troubles de mon état de santé autres que ceux que j'ai signalés. Je comprends qu'en cas de fausseté de 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 toutes autres actions applicables 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 adéquate de mon état de santé. Je reconnais que ces documents ou données stockées électroniquement doivent être utilisés pour compléter une évaluation médicale et ne doivent pas rester la propriété de l'autorité qui délivre la licence.

NOTIFICATION DE DIVULGATION DE DONNEES PERSONNELLES : Je déclare par la présente que j'ai été informé(e) 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) (i) / (iii) ainsi qu'aux assesseurs médecins des autorités compétentes des Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date : 08/12/25

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

Ref Formulaire pour demande de certificat médical (D Dv 1000) 2/25 03.09.2011

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : **HOWA** Prénoms : **MAXIME** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **20/04/1993**
Lieu de naissance : **LYON, FRANCE**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 175 cm	(203) Poids 61 kg	(204) Yeux couleur Brun	(205) Cheveux couleur Brun	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 125 Diastolique 87	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 67 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"/>	<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
**CoPL. Helicover AEW 139. 32 ans. Cécité o. euff. Tabac = 0
Alc = 0
Sport = 3x/seu
IT = 0**

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)
(229) (de loin à 5m/6m en dixième) Lunettes/Contact

Ceil droit sans correction	18	Corrigée à	
Ceil gauche sans correction	18	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	18	Corrigée à	

(230) Vision Intermédiaire N14 lu à 100cm

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

(231) de près N5 lu à 30 - 50cm

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

(232) Lunettes (233) Lentilles de contact

Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Type :	Type :
Réfraction Sph	Cylindre
Ceil droit	Axe
Ceil gauche	Ajouter

(313) Perception des couleurs Normale ☒ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques	Type I S H I H A R A
Nombre de tables présentées 6	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"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> 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)	Hb (g/dl)
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>		Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>		Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

(248) Commentaires, limitations :

(235) Analyse d'urine Normale ☒ Anormale ☐

Glucose 0	Protéines 0	Sang 0	Autres
------------------	--------------------	---------------	--------

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	08-12-25	<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 : **Apb** Nom : **Dr Patrick CORREA**
Signature : **Dr Patrick CORREA**
Médicine Aérospatiale
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773

(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 ☐

(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 : 08-12-25	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : Patrick CORREA des Ambassades DAKAR SENEGAL	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : Dr Patrick CORREA Médicine Aérospatiale SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773
et lieu :	Fax : E-mail :	Numéro d'AME :

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

MED.020 Diminution de l'aptitude médicale

- a) Les titulaires de licence n'exercent à aucun moment les privilèges de leur licence et des qualifications certificats qu'ils ont acquis :
- 1) ont connaissance qu'ils ne sont pas aptes à exercer leur aptitude médicale susceptible de les rendre incapables d'exercer ces privilèges en toute sécurité ;
 - 2) prennent des médicaments susceptibles d'influer sur l'exercice de leur licence sans en avoir conscience ;
 - 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, without undue delay, seek aero-medical advice 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 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 surgical or invasive procedure ;
 - 2) have commenced 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.

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

FRANÇAISE

III Numéro de certificat / Certificate number
FRA-FCL-AH 06322828

IV Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder
Hanna Maxime Billinger

XIV Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)
20-04-1993

VI Nationalité / Nationality

française

VII Signature du titulaire / Signature of holder

II Certificat médical de Classe 1

Class 1 medical certificate

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

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

14-01-2027

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

14-01-2027

Classe 2 / Class 2

08-12-2036

LAPL / LAPL

08-12-2036

XIII Limitations / Limitations

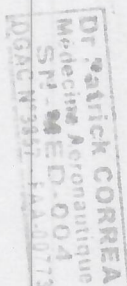
Code - Description / Code - Description

X Date de délivrance / Date of issue

08-12-2025

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

08-12-2025

Date du dernier électrocardiogramme /
Date of last electrocardiogram

08-12-2025

Date du dernier audiogramme /
Date of last audiogram

17-12-2024