

# FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence :	(2) Certificat médical sollicité		Classe 1 <input type="checkbox"/>	Classe 2 <input type="checkbox"/>	LAPL <input type="checkbox"/>	PNC <input type="checkbox"/>									
(3) Nom :	(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité	initial	(13) renouvellement/prorogation											
(5) Prénom(s) :	(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	(7) Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	(14) Type de licence désirée :												
(8) Lieu et pays de naissance :	(9) Nationalité :	(15) Profession (principale) :													
(10) Adresse permanente : Pays : N° de téléphone : Courriel :	(11) Adresse postale : (si différente) Pays : N° de téléphone :	(16) Employeur :													
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types                                  Numéro de licence                                  Pays de délivrance		(17) Dernier examen médical : Date : Lieu :													
<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>											(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :				
(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 type="checkbox"/> Date :                                  Lieu : Détails :		(21) Nombre total d'heures de vol :													
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date :                                  Lieu : Détails :		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :													
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière                                  unités		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :													
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt : Oui <input type="checkbox"/> type et quantité :		(25) Type de vol envisagé :													
		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input type="checkbox"/>													
		(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input 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	
(101) Maladie ou opération oculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Antécédents familiaux</b>			
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(113) Traumatismes crâniens ou commotion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(124) Test VIH positif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(170) Affection cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			(114) Maux de tête fréquents ou graves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(125) Maladie sexuellement transmissible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(171) Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(103) Modifications dans la prescription de lunettes depuis le dernier examen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(115) Accès de vertige/évanouissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(172) Taux élevé de cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(104) Allergie ou rhume des foies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(127) Maladie musculaire ou squelettique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(173) Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(117) Affection neurologique : épilepsie, convulsions, paralysie, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(128) Toute autre maladie ou blessure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(174) Maladie mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
									(175) Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(118) Troubles psychiques de toute nature : dépression, anxiété, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(129) Hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(176) Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
									(177) Allergie/asthme/eczéma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(107) Tension artérielle élevée ou basse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(178) Maladie héréditaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(120) Tentative de suicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(179) Glaucome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(109) Diabète ou désordre hormonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<b>A remplir uniquement pour les femmes</b>			
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(121) Mal des transports nécessitant médication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(111) Surdité ou maladie des oreilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(133) Exempt� ou réformé du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input 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 ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé autres que ceux que j'ai signalés. Ce formulaire et ses annexes sont adressés au pôle médical, dans le respect du secret médical conformément à la réglementation en vigueur. En cas de nécessité, j'autorise la transmission de ce rapport et de ses annexes dans le respect du secret médical à une autre section de médecine aéronautique d'un état membre de la communauté Européenne de l'espace économique européen et de la confédération suisse, étant entendu que ces documents sont destinés à l'examen médical d'aptitude. A tout moment, je peux avoir accès à mon dossier médical par une demande écrite au pôle médical.

Date :

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :