

# FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays EASA de délivrance de licence :	(2) Certificat médical sollicité			Classe 1 <input type="checkbox"/>	Classe 2 <input type="checkbox"/>	PNC <input type="checkbox"/>
(3) Nom :	(4) Nom de jeune fille		(12)			
(5) Prénoms :	(6) Date de naissance <small>(JJ/MM/AAAA)</small>	(7) Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	(13)			
(8) Lieu et pays de naissance :	(9) Nationalité :		(14) Type de licence désirée :			
(10) Adresse permanente :	(11) Adresse postale : (si différente)		(15) Profession (principale) :			
Pays : N° de téléphone :	Pays :		(16) Employeur :			
			(17) Dernier examen médical : Date : Lieu :			
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types                      Numéro de licence                      Pays de délivrance			(19) Conditions, limitations, dérogations : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :			
(20) Vous a-t-on refusé, suspendu ou retiré un certificat médical d'aptitude au vol ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date :                      Lieu : Détails :			(21) Nombre total d'heures de vol :		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :	
			(23) Types d'avions actuellement utilisés :			
(24) Accidents aériens ou incidents de vol depuis le dernier examen médical ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date :                      Lieu : Détails :			(25) Type de vol envisagé :			
(27) Alcool – Consommation journalière moyenne :			(26) Activité aérienne actuelle : Pilote seul <input type="checkbox"/> Equipage multipilotes <input type="checkbox"/>			
			(28) Faites vous habituellement usage de médicaments ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Nature et dose du médicament / début de l'utilisation / motif :			
(29) Etes vous fumeur    Oui <input type="checkbox"/> Quantité : Non jamais <input type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt :						

**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"/>	(113) Traumatismes crâniens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(124) Positive au test VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Pour les femmes seulement</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(102) Avez-vous porté ou portez vous et/ou des verres de contact	<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"/>	(150) Affectation gynécologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			(115) Accès de vertige/évanouissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
(103) Modifications dans la prescription de lunettes depuis le dernier examen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(126) Hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(151) Grossesse en cours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(104) Allergie, rhume des foins, eczéma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(117) Affection neurologique : épilepsie, convulsions, paralysie, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(127) toute autre maladie ou blessure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Antécédents familiaux</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(105) Asthme, tuberculose ou maladie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(118) Troubles psychiques de toute espèce : dépression, anxiété, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(128) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(170) Affectation cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(107) Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(120) tentative de suicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(130) Refus de licence de vol pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(172) Taux élevé de cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							(121) Mal des transports nécessitant médication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(109) Diabète, désordre hormonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(122) Anémie, autre maladie sanguine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(132) Exemption ou réforme du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(175) Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							(123) Paludisme, autre maladie tropicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(111) Baisse de l'audition ou maladie des oreilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							(177) Allergie/asthme/eczéma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(112) Affection de la gorge ou du nez trouble du langage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							(178) Maladie héréditaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									(178) Glaucome	<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 : \_\_\_\_\_