

# FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence :		(13) N° référence:						
		(2) Certificat médical sollicité:		Classe 1	Classe 2	LAPL	PNC/CCA	
(3) Nom :		(4) Nom de naissance		(12) Genre sollicité		initial renouvellement/prorogation		
(5) Prénom(s) :		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA)		(7) Sexe : Masculin Féminin		(14) Type de licence désirée :		
						(15) Profession (principale) :		
(8) Lieu et pays de naissance :		(9) Nationalité :		(16) Employeur :				
(10) Adresse permanente :		(11) Adresse postale : (si différente)		(17) Dernier examen médical : Date : Lieu :				
Pays : N° de téléphone : Courriel :		Pays : N° de téléphone :		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non Oui détails :				
(18) Licence(s) de vol possédée(s)								
types		Numéro de licence		Pays de délivrance				
(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 :				(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :
Détails :				(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :				
				(25) Type de vol envisagé :				
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non Oui Date : Lieu:				(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote Multipilote				
Détails :				(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non Oui Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi:				
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non Oui consommation journalière unités								
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais Non actuellement Date de l'arrêt : Oui type et quantité :								

**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). Détailliez dans la rubrique « (30) remarques »**

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non	
(101) Maladie ou opération oculaire			(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage			(123) Paludisme, autre maladie tropicale			<b>Antécédents familiaux</b>			
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact			(113) Traumatismes crâniens ou commotion			(124) Test VIH positif			(170) Affection cardiaque			
			(114) Maux de tête fréquents ou graves			(125) Maladie sexuellement transmissible			(171) Hypertension artérielle			
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen			(115) Accès de vertige/évanouissement			(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil			(172) Taux élevé de cholestérol			
(104) Allergie ou rhume des foies			(116) Perte de conscience quel que soit le motif			(127) Maladie musculaire ou squelettique			(173) Epilepsie			
(105) Asthme ou maladie pulmonaire			(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...			(128) Toute autre maladie ou blessure			(174) Maladie mentale/suicide			
									(175) Diabète			
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux			(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature			(129) Hospitalisation			(176) Tuberculose			
									(177) Allergie/asthme/eczéma			
(107) Tension artérielle élevée ou basse			(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue			(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical			(178) Maladie héréditaire			
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines			(120) Tentative de suicide ou automutilation			(131) Assurance vie refusée pour motif médical			(179) Glaucome			
(109) Diabète ou désordre hormonal									<b>A remplir uniquement pour les femmes</b>			
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins			(121) Mal des transports nécessitant médication			(132) Refus de licence de vol pour motif médical			(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation			
(111) Surdité ou maladie des oreilles			(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines			(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical			(151) Etes-vous enceinte ?			
(112) Surdité ou maladie des oreilles			(123) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines			(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie						

(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. Je comprends qu'en cas de fausse 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 toute autre action applicable 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 médico aéro 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 DONNEES 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 États membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date : \_\_\_\_\_ Signature du demandeur : \_\_\_\_\_ Signature du médecin examinateur : \_\_\_\_\_