Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

dgac DSAC

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 :

Pays :
N° de téléphone :
Courriel :

(11) Adresse postale : (si différente)

Pays :
N° de téléphone :

(17) Dernier examen médical :
Date :
Lieu :

(19) Conditions, limitations du certificat médical:
Non ☐ Oui ☐ détails :

(18) Licence(s) de vol possédée(s)

types	Numéro de licence	Pays de délivrance

(21) Nombre total d'heures de vol :

(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :

(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:
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:
Détails :

(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:

(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). Détaillez 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	☐	☐	**Antécédents familiaux**		
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	☐	☐	(113) Traumatismes crânien 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 foins	☐	☐	(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, epilepsie, 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	☐	☐
						(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	☐	☐	(177) Allergie/asthme/eczéma	☐	☐
(107) Tension artérielle élevée ou basse	☐	☐	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	☐	☐	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	☐	☐	(178) Maladie héréditaire	☐	☐
									(179) Glaucome	☐	☐
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	☐	☐	(120) Tentative de suicide ou automutilation	☐	☐	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	☐	☐	**A remplir uniquement pour les femmes**		
(109) Diabète ou désordre hormonal	☐	☐							(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	☐	☐
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	☐	☐	(121) Mal des transports nécessitant médication	☐	☐	(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	☐	☐			
(111) Surdité ou maladie des oreilles	☐	☐	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	☐	☐	(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	☐	☐	(151) Etes-vous enceinte ?	☐	☐

(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 À LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MÉDICALES : 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 aéro médicale ou 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 :