

CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITE A TITRE ONEREUX EN ULM

Volet 1 du formulaire (à compléter par le pilote postulant)

1° Préambule :

L'examen médical permettant d'établir l'absence de contre-indication à la pratique d'une activité en l'ULM est effectué par tout docteur en médecine.

Identité du patient :

Nom : [.....]

Prénom : [.....]

Date de naissance : [.....]

Lieu de naissance (Ville, département ou région et pays) : [.....]

Contexte de la demande	OUI	NON
Certificat initial d'absence de contre-indication		
Renouvellement de certificat d'absence de contre-indication		
Inaptitude temporaire Si oui, inaptitude depuis le :		

2° Déclaration du patient :

Etat de santé general	OUI	NON
1. Je déclare souffrir ou avoir souffert de maladie cardiaque. <i>Exemples : cirse cardiaque, insuffisance ou arythmie cardiaque...</i>		
2. Je déclare souffrir ou avoir souffert de défaillances fréquentes ou d'une défaillance sévère. <i>Exemples : pertes de connaissance ou vertiges fréquents, AVC, crise d'épilepsie, trous de mémoire, difficultés de concentration...</i>		
3. Je déclare avoir des problèmes auditifs, visuels, d'élocution ou locomoteurs significatifs. <i>Exemples : surdité partielle, problèmes d'oreille interne, dégénérescence visuelle, problème de vision binoculaire...</i>		
4. Je déclare nécessiter à ce jour un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies).		

5. Je déclare faire l'objet d'un refus de certificat d'aptitude médicale aéronautique prévus par le règlement (UE) n° 1178/2011 de la Commission du 3 novembre 2011		
État de santé récent	OUI	NON
6. Je déclare avoir ressenti, durant les 12 derniers mois, une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel, une respiration sifflante, de douleur articulaire ou musculaire significative ou un malaise.		
7. Je déclare avoir subi, durant les 12 derniers mois, un ou plusieurs examens médicaux ayant révélé une ou plusieurs anomalie(s) ayant nécessité la mise en place d'un suivi médical (incluant examens suite à un accident).		
8. Je déclare avoir dû interrompre pendant 30 jours ou plus, dans les 12 derniers mois, la pratique de l'ULM pour des raisons de santé.		
9. Je déclare avoir fait l'objet, dans les 12 derniers mois, d'un refus par un docteur en médecine d'attester une absence de contre-indication à la pratique d'une activité à titre onéreux en ULM		

J'estime être actuellement dans un état de santé compatible avec la pratique d'une activité en ULM incluant l'emport d'une personne à bord. Je certifie sincères et véritables les informations contenues dans la présente déclaration.

A [...], le [...].

Signature du patient

CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITE A TITRE ONEREUX EN ULM

Volet 2 du formulaire (à compléter par le docteur en médecine)

1° Préambule :

L'examen médical permettant d'établir l'absence de contre-indication à la pratique d'une activité en l'ULM est effectué par tout docteur en médecine.

Lors de cet examen, la compatibilité de l'état général du pilote avec la réalisation d'activités aéronautiques en ULM est évaluée.

A titre d'information, toute pathologie aiguë ou chronique non stabilisée ou mal équilibrée par traitement constitue généralement un motif de contre-indication médicale et, en particulier, toute pathologie :

- ophtalmologique;
- cardio-vasculaire;
- neuropsychique;
- de troubles de l'équilibre;
- pulmonaire;
- locomotrice;
- infectieuse;
- métabolique, surtout en cas de risque d'hypoglycémie;

2° Attestation du médecin :

Je soussigné, docteur en médecine :

Nom: [.....]

Prénom: [.....]

Numéro RPPS: [.....]

atteste avoir pris connaissance de la déclaration de [.....] et l'avoir examiné(e).

Sur cette base, j'estime que [.....] présente un état général satisfaisant et ne présente pas de pathologie aiguë ou chronique non stabilisée ou mal équilibrée par traitement. Son état ne révèle pas de contre-indication médicale à l'exercice de la fonction de pilote d'ULM.

J'estime ne pas être en mesure de me prononcer sur l'absence de contre-indication à l'exercice de la fonction de pilote d'ULM.
--

Veuillez cocher la case correspondante.

Observations éventuelles : [.....
.....
.....]

A [.....], le [.....].

Signature et cachet du médecin