

(1) Pays de délivrance de licence :		(2) Certificat médical sollicité : Classe 1 <input type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> Classe 3 <input type="checkbox"/>	
(3) Nom :		(4) Nom de naissance :	(12) Demande Initiale <input type="checkbox"/> renouvellement / prorogation <input type="checkbox"/>
(5) Prénom(s) :		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :	(7) Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
(8) Lieu et pays de naissance :		(9) Nationalité :	(13) Numéro de Référence : Aucun <input type="checkbox"/>
(10) Adresse permanente : Pays : N° de téléphone : Courriel :		(11) Adresse postale : (si différente) Pays : N° de téléphone :	(14) Type de licence demandée :
(18) Licence(s) détenue(s) (type) : Numéro(s) de Licence(s) :		(19) Conditions, limitations de licence(s) détenue(s) 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 : _____ Pays: _____ Détails :		(21) Nombre total d'heures de vol : Hrs _____ n/a <input type="checkbox"/>	(22) Hrs de vol depuis le dernier examen médical : _____ n/a <input type="checkbox"/>
		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : _____ n/a <input type="checkbox"/>	
		(25) Type de vol envisagé : _____ n/a <input type="checkbox"/>	
(24) Accidents aériens ou autres incidents depuis le dernier examen médical ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : _____ Lieu: _____ Détails : _____ n/a <input type="checkbox"/>		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input type="checkbox"/> Activité ATCO actuelle ADV/ADI <input type="checkbox"/> APP/APS <input type="checkbox"/> ACP/ACS <input type="checkbox"/>	
(27) Consommez-vous de l'alcool ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> , Si oui, combien		(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 :	
(29) Consommez-vous du tabac ? Non jamais <input type="checkbox"/> Non actuellement Date de l'arrêt : _____ <input type="checkbox"/> Oui Type et quantité :			

Antécédents médicaux : avez-vous des antécédents connus d'une des maladies suivantes ? Cochez oui/non et détaillez dans « remarques »

	O		N			O		N			O		N	
(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"/>	Antécédents familiaux					
(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"/>						
(103) Modifications dans la prescription de lunettes depuis le dernier examen	<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"/>			
(104) Allergie ou rhume des foies	<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"/>			
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	<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"/>			
(106) Maladie cardio-vasculaire	<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"/>			
									(129) Hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(175) Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(107) Tension artérielle élevée ou basse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(118) Troubles psychiques de toute nature: dépression, anxiété, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(176) Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(177) Allergie / asthme / eczéma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(109) Diabète ou désordre hormonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(120) Tentative de suicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A remplir uniquement par les femmes					
(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"/>	(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				(178) Maladie héréditaire	<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"/>	(134) Pension ou indemn. pour blessure ou maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(179) Glaucome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
											(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
											(151) Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

(30) Remarques :

(31) Déclaration : « Je déclare par la présente que j'ai examiné attentivement les déclarations ci-dessus et que, à ma connaissance, elles sont complètes et correctes et que je n'ai pas dissimulé d'informations pertinentes ni fait de déclarations trompeuses. Je comprends que, si j'ai fait des déclarations fausses ou trompeuses en rapport avec cette demande, ou si je ne communique pas les informations médicales justificatives, l'autorité qui délivre les licences peut refuser de m'accorder un certificat médical ou peut retirer tout certificat médical délivré, sans préjudice de tout autre action applicable en vertu du droit national. **CONSENTEMENT À LA COMMUNICATION DES INFORMATIONS MÉDICALES:** J'autorise par la présente la communication de toutes les informations contenues dans le présent rapport et de tout ou partie des pièces jointes à l'AME et, le cas échéant, à l'évaluateur médical de l'autorité de délivrance des licences, reconnaissant que ces documents ou les données stockées électroniquement peuvent être utilisées pour effectuer une évaluation médicale et deviendront et resteront la propriété de l'autorité qui délivre les licences, à condition que mon médecin ou moi-même puisse y avoir accès conformément à la législation nationale. Le secret médical sera respecté à tout moment. » Date : / / 20

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :