

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:										
(3) Nom :	(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/>	(4) Nom de naissance									
(5) Prénom(s) :	(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	(7) Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input type="checkbox"/> renouvellement/prorogation								
(8) Lieu et pays de naissance :	(9) Nationalité :	(14) Type de licence désirée :									
(10) Adresse permanente : Pays : N° de téléphone : Courriel :	(11) Adresse postale : (si différente) Pays : N° de téléphone :	(15) Profession (principale) :									
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéro de licence Pays de délivrance		(16) Employeur :									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										(17) Dernier examen médical : Date : Lieu :	
		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :									
		(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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu: Détails :		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input type="checkbox"/>									
		(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:									
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités											
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt : Oui <input type="checkbox"/> 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	<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"/>	(170) Affection cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles 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 du cœur ou des vaisseaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(117) Affection neurologique : AVC, 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/suicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(107) Tension artérielle élevée ou basse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(129) Hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(175) Diabète	<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"/>	(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(176) Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(109) Diabète ou désordre hormonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(120) Tentative de suicide ou automutilation	<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"/>	
(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"/>	(132) Refus de licence de vol 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"/>	(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(179) Glaucome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
									A remplir uniquement pour les femmes			
									(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 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-aérienne 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 : _____