



# FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

**Secret médical**

|  |  |   |  |                                |                            |   |                                  |  |                            |
|--|--|---|--|--------------------------------|----------------------------|---|----------------------------------|--|----------------------------|
| (1) Pays EASA de délivrance de licence:  |  | (2) Classe du certificat médical sollicité                |  | <input type="checkbox"/> 1     | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> LAPL   | <input type="checkbox"/> 3 (ATC) | <input type="checkbox"/> Personnel                   | <input type="checkbox"/> 4 |
| (3) Nom:   |  | (4) Nom(s) antérieur(s):                                  |  | (12) Demande pour examen       |                            |   |                                  |  |                            |
| (5) Prénom:  |  | (6) Date de   |  | (7) sexe:                      |                            | <input type="checkbox"/> Initial  |                                  |  |                            |
| (8) Lieu et pays de naissance:   |  | (9) Nationalité:  |  | <input type="checkbox"/> Masc. |                            | <input type="checkbox"/> Féminin  |                                  | <input type="checkbox"/> Renouvellement/Revalidation |                            |
| (10) Adresse permanente:   |  | (11) Adresse postale (si différente):                     |  | (13) Numéro système:           |                            |   | Numéro Sécurité Sociale          |  |                            |
| Pays:<br>No de téléphone:<br>N° du mobile:<br>Email:   |  | Pays:<br>No de téléphone:                                 |  | (14) Type de licence désirée:  |                            |   |                                  |  |                            |
| (18) Licence d'aviation détenue (type):  |  | Numéro de licence:  |  | État de délivrance:            |                            | (15) Profession (principale):   |                                  |  |                            |
| (20) Avez-vous eu un refus, une suspension ou un retrait de certificat médical d'aptitude au vol de la part d'un service de licence? |  | Date:   |  | Pays:                          |                            | (16) Employeur:   |                                  |  |                            |
| <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui  |  |   |  |                                |                            | (17) Dernière demande de certificat médical:  |                                  |  |                            |
| Détails:   |  |   |  |                                |                            | Date:   |                                  |  |                            |
| (24) Accidents ou incidents de vol depuis le dernier examen médical?   |  | Date:   |  | Pays:                          |                            | Lieu:   |                                  |  |                            |
| <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui  |  |   |  |                                |                            | (19) Conditions, limitations ou dérogations sur la licence ou le certificat médical:        |                                  |  |                            |
| Détails:   |  |   |  |                                |                            | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui                                   |                                  |  |                            |
| (27) Alcool - unités moyenne par semaine:  |  |   |  |                                |                            | Détails:  |                                  |  |                            |
| (28) Faites-vous habituellement usage de médicaments?  |  | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |  |                                |                            | (21) Nombre total d'heures de vol:  |                                  |  |                            |
| Nature et dose du médicament / début de l'utilisation / motif:   |  |   |  |                                |                            | (22) Nombres d'heures de vol depuis le dernier examen médical:                              |                                  |  |                            |
|  |  |   |  |                                |                            | (23) Types d'avions actuellement utilisés:  |                                  |  |                            |
|  |  |   |  |                                |                            | (25) Type de vol envisagé:  |                                  |  |                            |
|  |  |   |  |                                |                            | (26) Présente activité aérienne:  |                                  |  |                            |
|  |  |   |  |                                |                            | <input type="checkbox"/> Pilote seul <input type="checkbox"/> Equipage de plusieurs pilotes |                                  |  |                            |
|  |  |   |  |                                |                            | (29) Êtes-vous fumeur?  |                                  |  |                            |
|  |  |   |  |                                |                            | <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Non                                |                                  |  |                            |
|  |  |   |  |                                |                            | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                   |                                  |  |                            |
|  |  |   |  |                                |                            | Date de l'arrêt:  |                                  |  |                            |
|  |  |   |  |                                |                            | Genre de tabac:   |                                  |  |                            |

Antécédents généraux et médicaux: Avez-vous des antécédents d'une des maladies suivantes? A chaque question répondez en cochant OUI ou NON (ou selon ce qui est indiqué). Détaillez dans la rubrique Remarques.

|   | Oui                      | Non                      |  | Oui                      | Non                      |  | Oui                      | Non                      |                                  | Oui                      | Non                      |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (101) Maladie ou opération oculaire   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (112) Trouble de la gorge, du nez, du langage                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (123) Malaria ou autre maladie tropicale                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Antécédents familiaux</b>     |                          |                          |
| (102) Port actuel ou antérieur de lunettes et/ou de verres de contact         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (113) Traumatisme crânien ou commotion                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (124) Test HIV positif   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (170) Affection cardiaque        | <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) Troubles du sommeil/Le syndrome d'apnées                         | <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 qu'en soit le motif                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (127) Maladies musculo-squelettiques/détérioration                     | <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: épilepsie, convulsions, paralysie etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (128) Autre maladie ou blessure  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (174) Maladie mentale            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (107) Tension artérielle élevée ou basse                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (118) Troubles psychiques de toute espèce: dépressions, anxiété etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (129) Admission à l'Hôpital  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (175) Diabète sucré              | <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 au médecin depuis le dernier examen médical              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (176) Tuberculose                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (109) Diabète ou équilibre hormonal perturbé                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (120) Tentative de suicide   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (131) Assurance-vie refusée  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (177) Allergie/asthme/eczéma     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (110) Affection abdominale  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (121) Mal de transport nécessitant médication                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (132) Refus de licence de vol  | <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                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (133) Non admission au service militaire ou réforme pour motif médical | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (179) Glaucome                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          |  |                          |                          | (134) Retraite à cause de blessure ou maladie                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Pour les femmes seulement</b> |                          |                          |
|   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          | (150) Etat gynécologique         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          | (151) Etes-vous enceinte?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(30) Remarques:

Y a-t-il des changements depuis le dernier examen médical?  Oui  Non

**(31) Déclaration:** Je certifie par la présente que j'ai porté toute mon attention aux déclarations faites ci-dessus, qu'en conscience qu'elles sont complètes et correctes, que je n'ai pas omis de renseignements importants ou fait des déclarations erronées. J'admets que si j'ai fait une déclaration fautive ou fallacieuse concernant cette demande ou si je m'abstiens de fournir l'information médicale à l'appui de ma demande, la SMA peut refuser de m'accorder le certificat médical ou peut retirer tout certificat médical qui m'aurait été accordé sans préjudice de toute autre action applicable en vertu du droit national.

**CONSENTEMENT A LA DELIVRANCE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :** Par la présente, j'autorise la transmission de tout renseignement contenu dans ce rapport et toutes ses pièces à la SMA, et si besoin, à une SMA d'un autre Etat, reconnaissant que ces documents ou toutes autres données stockées électroniquement doivent être utilisées pour effectuer une expertise médicale et deviendront et demeureront la propriété de la SMA à condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès conformément au droit national. Le secret médical sera respecté en tout temps. Mon attention est attirée sur le fait que certains Etats non-membres de l'Union Européenne peuvent ne pas garantir un niveau de protection adéquat des données personnelles.

|      |                        |                           |                                  |
|------|------------------------|---------------------------|----------------------------------|
| Date | Signature de demandeur | Signature du AME (témoin) | Nom et adresse du médecin agréé: |
|      |                        |                           | tél:<br>fax:<br>AME No.:         |