



FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

Pour remplir cette page, utiliser des lettres majuscules – Pour plus de détails consulter la page d'instructions.

SECRET MÉDICAL

(1) Pays membre JAA émetteur de la licence :		(2) Classe du certificat médical sollicité 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>	
(3) Nom :		(4) Nom(s) antérieur(s) :	
(5) Prénoms :		(6) Date de naissance :	
(8) Lieu et pays de naissance :		(7) Sexe Masc. <input type="checkbox"/> Fém. <input type="checkbox"/>	
(10) Adresse permanente :		(9) Nationalité :	
(18) Licence ou autorisation détenue (type) : Numéro de licence : Pays émetteur :		(12) Demande pour examen Initial <input type="checkbox"/> Renouvellement/Revalidation <input type="checkbox"/>	
(20) Avez-vous eu un refus, une suspension ou un retrait de certificat médical aéronautique, de la part d'un service de licence? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Pays : Détails :		(13) Numéro de référence :	
(24) Accident ou incident de vol depuis le dernier examen médical : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Pays : Détails :		(14) Type de licence/autorisation désirée :	
(27) Alcool - Consommation hebdomadaire moyenne :		(15) Profession (principale) :	
(29) Êtes-vous fumeur? Jamais <input type="checkbox"/> Plus depuis : Oui <input type="checkbox"/> Genre de tabac et quantité :		(16) Employeur :	
		(17) Dernier examen médical Date : Lieu :	
		(19) Limitation ou dérogation sur la licence/ autorisation ou le 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 :	
		(23) Type d'avion actuellement utilisé :	
		(25) Type de vol envisagé :	
		(26) Présente activité aérienne <input type="checkbox"/> Pilote seul <input type="checkbox"/> Equipage multi-pilotes	
		(28) Faites-vous habituellement usage de médicaments? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Nature et dose du médicament / début de l'utilisation / motif :	

Antécédents généraux et médicaux : Présentez-vous ou avez-vous des antécédents d'une des maladies suivantes? A chaque question répondez en cochant OUI ou NON. Détaillez dans la rubrique "Remarques".

OUI NON		OUI NON		OUI NON		Uniquement pour les femmes : OUI NON	
101	Maladie ou opération oculaire	112	Affection de la gorge, du nez, écoulement	123	Malaria ou autres maladies tropicales	150	Problèmes gynécologiques ou menstruels
102	Port actuel ou antérieur de lunettes et/ou de verres de contact	113	Traumatisme crânien ou commotion	124	Test HIV positif	151	Êtes-vous enceinte?
103	Modification dans la prescription de lunettes/verres de contact depuis le dernier examen	114	Maux de tête fréquents ou graves	125	Maladie sexuellement transmissible	Antécédents familiaux	
104	Allergie ou rhume des foins	115	Accès de vertiges/évanouissements	126	Hospitalisation	170	Affection cardiaque
105	Asthme ou maladie pulmonaire	116	Perte de conscience quel qu'en soit le motif	127	Toute autre maladie ou blessure	171	Hypertension artérielle
106	Maladie du cœur ou vaisseaux	117	Affection neurologique : épilepsie, convulsions, paralysie, etc.	128	Le recours au médecin depuis le dernier examen médical	172	Taux élevé de cholestérol
107	Tension artérielle élevée ou basse	118	Irrebles psychiques de toute espèce : dépression, anxiété, etc.	129	Assurance-vie refusée	173	Epilepsie
108	Calcul rénal ou sang dans les urines	119	Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	130	Refus de licence/autorisation	174	Maladie mentale
109	Diabète ou affection hormonale	120	Tentative de suicide	132	Non adhésion au service militaire ou réforme pour motif médical	175	Diabète sucré
110	Affection gastro-intestinale ou hépatique	121	Mal des transports nécessitant médication	133	Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	176	Tuberculose
111	Surdité ou maladie des oreilles	122	Anémie, Trait drépanocytaire			177	Allergie, asthme, eczéma
						178	Malaria héréditaire
						179	Glaucome

(30) **Remarques :** Si des mentions ont été communiquées antérieurement au médecin-examineur présent et si aucun changement n'est survenu depuis lors, veuillez l'indiquer.

(31) **Déclaration :** Je soussigné(e) déclare par la présente que j'ai porté toute mon attention aux déclarations faites ci-dessus, qu'en conscience 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 la SMA d'un autre Etat, reconnaissant que ces documents ou toutes autres données modifiés électroniquement doivent être utilisés pour assurer une expertise médicale et évaluer et déterminer 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 MEA (témoin)	Examination date	
			AME Number	
			AMS supervision	A B