

INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE

Ce formulaire, tous les documents et rapports s'y rattachant sont prescrits conformément aux instructions de l'OACI et seront transmis à la Section de Médecine Aéronautique. Le secret médical doit être en tout temps respecté.

Le demandeur doit répondre personnellement et complètement à toutes les questions (cases) du formulaire. Il doit le faire en utilisant des lettres majuscules. L'écriture doit être lisible. Un stylo à bille sera employé. Exercez une pression suffisante pour que les copies soient lisibles. Si un complément d'espace est nécessaire pour répondre à une question, utilisez une feuille blanche qui recueillera l'information et que vous signerez et dateriez. Les instructions numérotées ci-après se rapportent aux rubriques numérotées du formulaire de demande.

REMARQUE : Si ce formulaire n'est pas complètement rempli ou n'est pas rédigé d'une manière lisible, il en résultera un refus du formulaire. Des déclarations fausses ou trompeuses ou la dissimulation de renseignements demandés dans ce formulaire peuvent aboutir à des poursuites pénales, au rejet de la demande et/ou au retrait des certificats médicaux accordés.

1. Pays JAA où ce formulaire doit être adressé :

Énoncez le nom de l'Etat ou du Pays où ce formulaire doit être envoyé.

2. Classe de certificat médical :

Cochez la case appropriée.

Classe 1 : pilote professionnel, pilote de ligne

Classe 2 : pilote privé

Classe 3 : pilote ULM/ballon libre

Autres : autres emplois, par ex. : contrôleur aérien.

3. Nom :

Énoncez le nom de famille

4. Nom(s) antérieur(s) :

Si vous avez changé de nom, pour quelque raison que se soit, indiquez votre nom antérieur

5. Prénoms :

Portez le premier prénom et les suivants (trois au plus).

6. Date de naissance :

Jour, mois, année en chiffres, par ex. : 22.03.50

7. Sexe :

Cochez la case appropriée.

8. Lieu et pays de naissance :

Énoncez le lieu et le pays de naissance

9. Nationalité :

Nom de l'Etat dont vous êtes citoyen.

10. Adresse permanente :

Adresse permanente, y compris le pays et le numéro de téléphone avec ses préfixes.

11. Adresse postale :

Si elle est différente de l'adresse permanente, portez l'adresse postale complète, y compris le numéro de téléphone et ses préfixes. Si c'est la même adresse que l'adresse permanente indiquez IDEM.

12. Demande :

Cochez la case correspondante.

13. Numéro de référence :

Indiquez le numéro de référence qui vous a été donné par votre Autorité Nationale de l'Aviation. Pour les demandeurs à l'admission portez « Aucun ».

14. Type de licence désiré :

Indiquez le type de licence désirée à partir de la liste suivante :

Licence de pilote d'avion de ligne. Licence de pilote professionnel.

Licence de pilote professionnel avec qualification vol aux instruments.

Licence de pilote privé. Licence de pilote privé avec qualification vol aux instruments. Voilure fixe, voilure tournante ou les deux. Elève pilote

Autres (précisez).

15. Profession :

Indiquez votre occupation principale.

16. Employeur :

Si votre emploi principal est pilote alors donnez le nom de votre employeur.

**MÉDECIN TRAITANT DÉSIGNÉ PAR L'INTÉRESSÉ(E)
POUR LA GESTION DU DOSSIER MÉDICAL GLOBAL**

Dr

Adresse

Commune :

Téléphone :

17. Dernier examen médical :

Énoncez la date (jour, mois, année) et le lieu (ville, pays).

Ceux qui sont candidat pour la 1^{re} fois répondent « Aucune ».

18. Licence d'aviation détenue :

Énoncez le type de licence détenue comme vous avez répondu à la question 14. Citez le numéro de la licence et le pays qui a émis chaque licence.

Si aucune licence n'est détenue répondez « Aucune ».

19. Limitations et dérogations mentionnées sur la licence ou sur le certificat médical :

Cochez la case appropriée et donnez les détails sur les limitations et dérogations attachées à vos licences et vos certificats médicaux, par ex. : vision, vision des couleurs, pilote de sécurité, etc.

20. Refus ou annulation de certificat médical :

Cochez la case OUI s'il vous est arrivé d'avoir un certificat médical refusé ou annulé, même à titre temporaire, si OUI indiquez la date et le pays concerné.

21. Nombre total d'heures de vol :

Marquez le total des heures de vol que vous avez effectuées.

22. Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :

Portez le nombre d'heures de vol effectuées depuis votre dernier examen médical.

23. Type d'avion actuellement utilisé :

Portez le nom de l'aéronef utilisé principalement, par ex. : Boeing 737/ Cessna 150, etc.

24. Accident ou incident de vol :

Si OUI, cochez la case et notez la date (jour, mois, année) et le pays où a eu lieu l'accident ou incident.

25. Type de vol envisagé :

Notez : avion de ligne, charter, agriculture, vol privé ou autres.

26. Présente activité aérienne :

Cochez la case correspondante selon que vous voliez en solo ou non.

27. Alcool :

Notez votre consommation hebdomadaire, par ex. : 2 litres de bière.

28. Faites-vous habituellement usage de médicaments? :

Si OUI, précisez en détail le nom, la dose, la périodicité, etc.

La réponse doit aussi comprendre les médicaments non prescrits.

29. Êtes-vous fumeur? :

Cochez la case correspondante. Les fumeurs indiqueront cigare, cigarette ou pipe et la quantité (par ex. : 2 cigares par jour, 50 gr. de tabac par semaine).

30. Antécédents généraux et médicaux :

Répondre OUI ou NON en cochant la case de toutes les questions posées de 101 à 133 inclus. Vous devez répondre OUI si vous avez été dans cette situation au cours de votre vie, la décrire et en noter la date approximative dans la case 30. Si l'examen médical de revalidation a lieu chez le même médecin examinateur que précédemment, cochez uniquement les cases relatives aux nouveaux événements médicaux/chirurgicaux/ophtalmologiques ou autres changements depuis votre dernier examen. Si "pas de changement" indiquez le dans la case 30. Toutes les questions posées sont médicalement importantes même si cela ne vous paraît pas évident. Les questions de 170 à 179 correspondent aux antécédents familiaux tandis que celles de 150 et 151 doivent être remplies par les femmes uniquement. Ne mentionnez pas les maladies bénignes courantes comme les rhumes.

31. Déclaration et acceptation pour la transmission ou l'accession des informations :

Ne signez, ni datez cette déclaration avant que le médecin examinateur agréé, qui en est témoin, le dise car il doit la co-signer.