



FORMULAIRE DE DEMANDE POUR UNE ÉVALUATION AÉROMÉDICALE (F.PEL.001.MED/01)

NB : Remplir entièrement cette page au stylo à bille noir et en lettres capitales, voir précisions sur la page des instructions. Toute déclaration **fausse** ou insuffisante **annule** le certificat médical délivré. Le directeur de l'aéronautique civile prendra les mesures appropriées telles que le refus, la suspension ou le retrait, selon le cas, de la carte, de la licence ou de la qualification liée audit certificat, et impose une vérification de l'aptitude physique et mentale du candidat.

(1) Nom de famille :		(3) Numéro CNI (Passeport pour les étrangers):	
(2) Prénom:	(4) Date de naissance:	(5) Sexe: Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>	(6) Demande : Initiale <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/>
(7) Pays de délivrance de la licence :	(8) Classe d'attestation médicale demandée : 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		(9) Type de licence demandée (s'il s'agit d'une demande initiale):
(10) Lieu et pays de naissance :	(11) Nationalité :	(12) Profession (principale) :	
(13) Adresse permanente: Pays : N° de téléphone : Adresse électronique :	(14) Adresse postale (si elle est différente): Pays : N° de téléphone :	(15) Employeur (principal) :	
		(16) Dernier examen médical Date:	
		Licence(s) d'aviation détenue(s) (type) : (17) Numéro(s) de licence : (18) Type de licence : Pays de délivrance :	
(19) Nom et adresse du médecin de famille : Adresse électronique : N° de téléphone :		(20) Restrictions sur la licence ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Précisions :	
(21) Est-ce qu'une attestation médicale aéronautique vous a déjà été refusée, ou a déjà été suspendue ou révoquée, par une autorité de délivrance des licences ? Dans l'affirmative, en parler au médecin-examineur. Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu : Détails :		(22) Temps de vol total (heures) :	(23) Temps de vol (heures) depuis le dernier examen médical :
		(24) Avions actuellement pilotés (p.ex. Boeing 737, Cessna C150) :	
(25) Avez-vous eu un accident d'aviation ou un incident dont il a été rendu compte depuis votre dernier examen médical ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu : Détails :		(26) Type de vol prévu (1), p.ex. transport aérien commercial, instruction en vol, vol privé :	
		(27) Type de pilotage prévu (2): Un seul pilote <input type="checkbox"/> Équipage multiple <input type="checkbox"/>	

<p>(28) Buvez-vous de l'alcool? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Si OUI, indiquer en unités la consommation hebdomadaire moyenne :</p>	<p>(30) Prenez-vous des médicaments actuellement, y compris des médicaments sans prescription ?</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si OUI, indiquer le nom du médicament, depuis quelle date, la dose journalière ou hebdomadaire, et la cause (diagnostic) :</p>
<p>(29) Fumez-vous du tabac ?</p> <p>Jamais <input type="checkbox"/></p> <p>Arrêté <input type="checkbox"/> Date d'arrêt:</p> <p>Actuellement <input type="checkbox"/> Indiquer type, quantité et nombre d'années :</p>	

(31) **Antécédents généraux et médicaux :** Souffrez-vous actuellement, ou avez-vous déjà souffert, d'une des affections énumérées ci-dessous ? Pour chaque question, cocher OUI ou NON. Développer les réponses affirmatives dans la section Observations, et en parler avec le médecin-examineur.

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
101 Troubles/chirurgie oculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	112 Affection du nez ou de la gorge ou troubles de l'élocution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	123 Malaria ou autre maladie tropicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antécédents familiaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
102 Port de lunettes et/ou de lentilles de contact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	113 Blessure à la tête ou commotion cérébrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	124 Test VIH positif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	140 Affection cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
103 Prescription/changement 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"/>	141 Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
104 Rhume des foins ou autres allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	115 Vertiges ou étourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	126 Admission à l'hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	142 Hypercholestérolémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
105 Asthme, affections pulmonaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	116 Perte de conscience pour quelque raison que ce soit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	127 Toute autre maladie ou blessure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	143 Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
106 Troubles cardiaques ou vasculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	117 Troubles neurologiques, accident vasculaire cérébral, épilepsie, crise d'épilepsie, paralysie, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	128 Visite chez un médecin depuis le dernier examen médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	144 Maladie mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
107 Hypertension ou hypotension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	118 Troubles psychologiques/psychiatriques de tous types	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	129 Refus d'assurance-vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	145 Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
108 Calculs rénaux ou présence de sang dans les urines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	119 Usage excessif d'alcool/de médicaments/de substances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	130 Refus de délivrance ou révocation d'une licence d'aviation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	146 Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
109 Diabète, troubles hormonaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	120 Tentative de suicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	131 Inaptitude ou dispense du service militaire pour raisons médicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	147 Allergie/asthme/eczéma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
110 Troubles gastriques, hépatiques ou intestinaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	121 Mal des transports nécessitant l'usage de médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	132 Attribution d'une pension ou d'indemnités pour blessure ou maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	148 Maladie héréditaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
111 Surdité, troubles de l'audition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	122 Anémie/drépanocytose/autres troubles sanguins						149 Glaucome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									Femmes seulement:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									150 Troubles gynécologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									151 êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(152) **Observations:** Indiquer si un fait a déjà été signalé et est resté inchangé.

(32) **Déclaration :** Je certifie par la présente que j'ai soigneusement considéré les déclarations que j'ai faites ci-dessus et qu'elles sont, au mieux de ma connaissance, complètes et exactes. Je déclare en outre que je n'ai fait aucune fausse déclaration, ni omis aucune information pertinente en rapport avec la présente demande. Je comprends que si j'ai fait une déclaration fausse ou trompeuse en rapport avec cette demande, ou si je ne consens pas à fournir les renseignements médicaux à l'appui, l'Administration pourra refuser d'accorder une attestation médicale ou retirer toute attestation médicale accordée, sans préjudice de toute autre procédure judiciaire applicable en vertu de l'*arrêté de Ministre de l'Equipeement et des Transports N 1209-09 du 17 jourmada 1 1430 (13 mai 2009) relatif aux conditions d'aptitudes physique et mentale du personnel aéronautique, à l'agrément des centres d'expertise en médecine aéronautique et à la désignation des médecins-examineurs*

CONSENTEMENT   LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX : Par la présente, je donne mon consentement à ce que tous renseignements médicaux pertinents puissent être communiqués et soumis à l'évaluateur médical du service de délivrance des licences. Note : La confidentialité des renseignements médicaux sera constamment respectée.

.....
Date

.....
Signature du candidat

.....
Signature du médecin-examineur (Témoin)