



**FORMULAIRE
DÉCLARATION DU CANDIDAT**

1^{ère} édition : Septembre 2016

Amendement 00 : 09/09/ 2016

		Licence aéronautique N° :	
		Pays de délivrance :	
Nom :	Prénoms:	Numéro d'identification nationale (si applicable):.....	
Nationalité	Lieu et date de naissance :	Sexe : M F	Application : Initiale Renouvellement
Pays de résidence :	Classe du médical demandé 1 ^{ère} 2 ^{ème} 3 ^{ème} Autre		Occupation (principale)
Heures de vol à votre actif :	Heures de vol depuis le dernier médical		Employeur (principal)
Adresse permanente :			Dernier examen médical
Mobile/Cell. N° : Téléphone N° :			Lieu :
E-mail:.....			Date :
Nom et adresse du médecin de famille et adresse : E-mail : Téléphone n°:.....			2. Restriction licence médicale Non Oui Détails
Types d'aéronefs : (P.ex. Boeing 737, Cessna C150)	Type de licence demandée: P.ex.: Pilote commercial, instructeur, privé:	Type de licence demandée P.ex. : Équipage : Simple Multiple	Accidents/incidents d'avion Non Oui Date: Lieu:.....
Évaluation médicale aéronautique refusée, suspendue ou révoquée ? Non Oui			
Lieu : Date :			
Détails :			
.....			
.....			
.....			

HISTOIRE GÉNÉRALE ET MÉDICALE

Expliquez les réponses positives et discutez-en avec le Médecin Examineur.

Céphalées fréquentes	Troubles de vue	Hospitalisation	Hypertension
Rhume de foins, allergie		Abus d'alcool	Cholestérol élevé
Trouble de langage	Évanouissement/ Étourdissement	Maladie sexuelle transmises	Trouble héréditaire
Asthme/Allergie	Vertiges	Hypotension	Diabète
Calcul rénal ou présence du sang dans les urines	Troubles psychologiques	Visite médicale depuis le dernier médical	Mal de l'air nécessitant un traitement médical
Maladie cardiovasculaire	Tentative de suicide	Assurance-vie refusée	Épilepsie/ Maladie mentale
Troubles gastriques	Contusion cérébrale	Troubles neurologiques	Troubles gynécologiques

Déclaration : J'atteste avoir soigneusement examiné mes déclarations ci-dessus que je considère, au mieux de ma conviction complètes et correctes.

Consentement : Je donne mon consentement pour que tous les renseignements médicaux pertinents puissent être soumis à l'Évaluateur Médical de l'Autorité de l'Aviation Civile.

.....
Date

.....
Signature de l'Applicant

.....
**Signature du Médecin Examineur
(Témoign)**