

Nom du postulant ou numéro de sa licence (Applicant name or licence number) :																	
INFORMATIONS DIVERSES (Miscellaneous information)																	
(22) Avez-vous eu un accident d'aviation ou un incident dont il a été rendu compte depuis votre dernier examen médical? <i>Any aircraft accident or reported incident since last medical</i>																	
Non (No) <input type="checkbox"/>			Oui (Yes) <input type="checkbox"/>			Date :			Lieu (Place) :								
Détails (Details) :																	
(23) Type de vol prévu (1), p.ex. transport aérien commercial, instruction en vol, vol privé <i>Type of flying intended (1) e.g. commercial air transport, flying instruction, private</i>																	
(24) Type de pilotage prévu (2) (Type of flying intended):						Un seul pilote (Single-crew) <input type="checkbox"/>			Équipage multiple (Multi-crew) <input type="checkbox"/>								
(25) Buvez-vous de l'alcool (Do you drink alcoholic beverages)?						Non (No) <input type="checkbox"/>			Oui (Yes) <input type="checkbox"/>								
Si OUI, indiquer en unités la consommation hebdomadaire moyenne (If YES, state average weekly intake in units):																	
(26) Fumez-vous du tabac (Do you smoke tobacco products)?																	
Jamais (Never) <input type="checkbox"/>				Arrêté (Previously): <input type="checkbox"/>				Date d'arrêt (Date stopped):									
Actuellement (Currently) <input type="checkbox"/>				Indiquer type, quantité et nombre d'années <i>State type, amount and number of years</i>													
(27) Prenez-vous des médicaments actuellement, y compris des médicaments sans prescription ? <i>Do you currently use any medication, including non-prescribed medication?</i>																	
Non (No) <input type="checkbox"/>				Si OUI, indiquer le nom du médicament, depuis quelle date, la dose journalière ou hebdomadaire, et la cause (diagnostic) <i>If YES, state name of medication, date commenced, daily or weekly dose, and cause (diagnosis)</i>													
Oui (Yes) <input type="checkbox"/>																	
(28) 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. General and medical history: <i>Do you have, or have you ever had, any of the following? YES or NO must be ticked after each question. Elaborate YES answers in the remarks section and discuss them with the medical examiner [Inc. : STATUT INCONNU; Unk.: UNKNOWN STATUS]</i>																	
Oui			Non			Inc.			Oui			Non			Inc.		
Yes			No			Unk.			Yes			No			Unk.		
101 Troubles/chirurgie oculaires (<i>Eye disorders/ eye surgery</i>)				108 Calculs rénaux ou présence de sang dans les urines (<i>Kidney stone or blood in urine</i>)				115 Vertiges ou étourdissements (<i>Dizziness or fainting spells</i>)									
102 Port de lunettes et/ou de lentilles de contact (<i>Spectacles and/or contact lenses ever worn</i>)				109 Diabète, troubles hormonaux (<i>Diabetes, hormone disorder</i>)				116 Perte de conscience pour quelque raison que ce soit (<i>Unconsciousness for any reason</i>)									
103 Prescription / changement de lunettes/ lentilles depuis le dernier examen (<i>Spectacle/contact lens prescriptions/change since last medical exam</i>)				110 Troubles gastriques, hépatiques ou intestinaux (<i>Stomach, liver or intestinal trouble</i>)				117 Troubles neurologiques, accident vasculaire cérébral, épilepsie, crise d'épilepsie, paralysie, etc. (<i>neurological disorders; stroke, epilepsy, seizure, paralysis, etc.</i>)									
104 Rhume des foins ou autres Allergies (<i>Hay fever, other allergy</i>)				111 Surdité, troubles de l'audition (<i>Deafness, ear disease</i>)				118 Troubles psychologiques psychiatriques de tous types (<i>Psychological/ psychiatric trouble of any sort</i>)									
105 Asthme, affections pulmonaires (<i>Asthma, lung disease</i>)				112 Affection du nez ou de la gorge ou troubles de l'élocution (<i>Nose or throat disease or speech disorder</i>)				119 Usage excessif de l'alcool/de médicaments/ de substances (<i>Alcohol/drug/substance abuse</i>)									
106 Troubles cardiaques ou vasculaires (<i>Heart or vascular disease</i>)				113 Blessure à la tête ou commotion cérébrale (<i>Head injury or concussion</i>)				120 Tentative de suicide (<i>Attempted suicide</i>)									
107 Hypertension ou hypotension artérielle (<i>High or low blood pressure</i>)				114 Maux de tête fréquents ou graves (<i>Frequent or severe headaches</i>)				121 Mal des transports nécessitant l'usage de Médicaments (<i>Motion sickness requiring medication</i>)									
Form 2169 Revision 01 Date: 31/10/2019											2/5						

Nom du postulant ou numéro de sa licence (<i>Applicant name or licence number</i>) :																	
INFORMATIONS DIVERSES (<i>Miscellaneous information</i>)																	
(28) [Inc. : STATUT INCONNU; Unk.: UNKOWN STATUS]																	
Oui			Non			Inc.			Oui			Non			Inc.		
Yes			No			Unk.			Yes			No			Unk.		
122 Anémie/drépanocytose/autres troubles sanguins (<i>Anaemia/Sickle cell trait/other blood disorders</i>)				130 Refus de délivrance ou révocation d'une licence d'aviation (<i>Refusal of issue or revocation of aviation licence</i>)				146 Tuberculose <i>Tuberculosis</i>									
123 Malaria ou autre maladie Tropicale <i>Malaria or other tropical disease</i>				131 Inaptitude ou dispense du service militaire pour raisons médicales (<i>Medical rejection from or for military service</i>)				147 Allergie/asthme/eczéma <i>Allergy/asthma/eczema</i>									
124 Test VIH positif <i>A positive HIV test</i>				132 Attribution d'une pension ou d'indemnités pour blessure ou maladie <i>Award of pension or compensation for injury or illness</i>				148 Maladie héréditaire <i>Inherited disorders</i>									
125 Maladie sexuellement transmissible <i>Sexually transmitted disease</i>				Antécédents familiaux : <i>Family history of:</i>			149 Glaucome <i>Glaucoma</i>										
126 Admission à l'hôpital <i>Admission to hospital</i>				141 Hypertension artérielle <i>High blood pressure</i>				Femmes seulement: <i>Females only:</i>									
127 Toute autre maladie ou blessure <i>Any other illness or injury</i>				142 Hypercholestérolémie <i>High cholesterol level</i>													
128 Visite chez un médecin depuis le dernier examen médical <i>(Visit to medical practitioner since last medical examination)</i>				143 Épilepsie <i>Epilepsy</i>				150 Troubles gynécologiques (menstruels notamment) <i>Gynaecological disorders (including menstrual)</i>									
				144 Maladie mentale <i>Mental illness</i>				151 Êtes-vous enceinte ? <i>Are you pregnant?</i>									
129 Refus d'assurance-vie <i>Refusal of life insurance</i>				145 Diabète <i>Diabetes</i>													
(152) Observations: Indiquer si un fait a déjà été signalé et est resté inchangé (<i>Remarks: If previously reported and unchanged, so state</i>)																	
<p>(29) 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'ANAC peut refuser d'accorder une attestation médicale ou retirer toute attestation médicale accordée, sans préjudice de toute autre procédure judiciaire applicable en vertu de la loi en vigueur ».</p> <p><i>Declaration: I hereby declare that I have carefully considered the statements I have made above and that to the best of my belief they are complete and correct. I further declare that I have not withheld any relevant information or made any misleading statements. I understand that if I have made any false or misleading statement in connection with this application, or if I do not consent to release the supporting medical information, the Authority may refuse to grant me a Medical Assessment or may withdraw any Medical Assessment granted, without prejudice to any other legal action applicable pursuant to relevant national law in force".</i></p> <p>CONSENTEMENT À 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.</p> <p><i>CONSENT TO RELEASE OF MEDICAL INFORMATION: I hereby give my consent that all relevant medical information may be released and submitted to the Medical Assessor of the Licensing Authority. Note: Medical confidentiality will be respected at all times.</i></p>																	
Date				Signature du candidat (<i>Applicant signature</i>)				Signature du Médecin - Examineur									
Form 2169 Revision 01 Date: 31/10/2019											3/5						

PAGE D'INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE DE DEMANDE POUR UNE ÉVALUATION AÉROMÉDICALE*INSTRUCTION PAGE FOR COMPLETION OF THE APPLICATION FORM FOR AN AVIATION MEDICAL ASSESSMENT (suite)*

AVIS. - Si le demandeur ne remplit pas intégralement le formulaire de demande ou n'écrit pas lisiblement, le formulaire de demande sera rejeté. De fausses déclarations ou des déclarations trompeuses, ou la rétention d'informations pertinentes en rapport avec cette demande, pourraient entraîner des poursuites pénales, le rejet de la demande et/ou le retrait de toute attestation médicale déjà accordée.

NOTICE- Failure to complete the application form in full or to write legibly will result the application form not being accepted. The making of False or Misleading statements or the Withholding of relevant information in respect of this application may result in criminal prosecution, refusal of this application and/or withdrawal of any Medical Assessment(s) previously granted.

1. CLASSE D'ATTESTATION MÉDICALE DEMANDÉE : Cocher la case qui convient.

CLASS OF MEDICAL CERTIFICATE APPLIED FOR: Tick appropriate box.

2. TYPE DE LICENCE DEMANDÉE (s'il s'agit d'une demande initiale) S'il s'agit d'une première demande de licence adressée à ce service de délivrance des licences, indiquer le type de licence demandée

TYPE OF LICENCE APPLIED FOR (if initial application): If applying for the first issuance of a licence to this licensing authority, please state type of licence applied for.

3. DEMANDE, Cocher la case qui convient. Cocher « Initiale » s'il s'agit de votre première demande soumise à ce service de délivrance des licences, même si vous êtes détenteur d'autres licences similaires, délivrées par un autre service de délivrance de licences. (APPLICATION: Tick appropriate box. Tick "Initial" if this is your first application to this licensing authority, even if you hold other similar licences issued by another licensing authority)

4. NONS ET PRENOMS, (nom complet) (Full name)

5. NUMÉRO D'IDENTIFICATION NATIONAL (si applicable), Indiquer le numéro d'identification national ou le numéro de sécurité sociale qui vous a été attribué par le pays dont vous avez la citoyenneté. (NATIONAL IDENTIFICATION NUMBER (if applicable): State your national identification number or social security number allocated to you by your country of citizenship)

6. DATE DE NAISSANCE, Spécifier, dans l'ordre : jour (JJ), mois(MM), année(AAAA), en chiffres, p. ex. 22-08-1960.

DATE OF BIRTH: Specify in order: day (DD), month (MM), year (YYYY) in numerals, e.g. 22-08-1960

7. SEXE, Cocher la case qui convient (SEX: Tick appropriate box)

8. PAYS DE DÉLIVRANCE DE LA LICENCE, Indiquer le pays de délivrance de la première licence (s'il ne s'agit pas de la première demande) (COUNTRY OF LICENCE ISSUE: State issuing country of primary licence (if not initial application))

9. NATIONALITÉ, Indiquer le nom du pays de citoyenneté (NATIONALITY: State name of country of citizenship)

10. PROFESSION (principale), Indiquer la profession principale (OCCUPATION (principal): State principal occupation)

11. EMPLOYEUR (principal), Indiquer le principal employeur (EMPLOYER (principal): State principal employer)

12. ADRESSE PERMANENTE, Indiquer le lieu de résidence principal, avec coordonnées, numéro(s) de téléphone et adresse électronique (courriel) (PERMANENT ADDRESS: State main place of residence, with contact details, telephone number(s) and e-mail address)

13. ADRESSE POSTALE, (si elle est différente de l'adresse permanente), S'il y a lieu, indiquer adresse postale et numéro de téléphone (POSTAL ADDRESS (if different from Permanent Address): If relevant, state postal address and telephone number)

14. DERNIER EXAMEN MÉDICAL, Indiquer la date (jour/mois/année) et le lieu (ville et pays) du dernier examen aéromédical. S'il s'agit d'une demande initiale, indiquer « AUCUN ». (LAST MEDICAL EXAMINATION: State date (day/month/year) and place (city/town and country) of last aviation medical examination. Initial applicants state "NONE")

15. LICENCE(S) D'AVIATION DÉTENU(E)S (TYPE) ; NUMÉRO(S) DE LICENCE, PAYS DE DÉLIVRANCE, Donner des renseignements sur les licences déjà détenues (AVIATION LICENCE(S) HELD (TYPE). LICENCE NUMBER(S), COUNTRY(IES) OF ISSUE: Provide information concerning licences already held)

16. NOM ET ADRESSE DU MÉDECIN DE FAMILLE (le cas échéant), Donner les coordonnées du médecin de famille.

FAMILY PHYSICIAN'S NAME AND ADDRESS (if applicable) Provide contact details of family physician

17. RESTRICTIONS SUR LA LICENCE/L'ÉVALUATION MÉDICALE ; Cocher la case qui convient et donner des précisions sur toutes restrictions mentionnées sur vos licence(s) ou certificat(s) médicaux, p. ex. lentilles correctrices, validité pour vol diurne seulement, vol en équipage multiple seulement

ANY LIMITATIONS ON THE LICENCE/MEDICAL ASSESSMENT: Tick appropriate box and provide details of any limitations on your licence(s) and/or medical certificate(s), e.g. correcting lenses, valid day-time only, multi-pilot operations only

18. EST-CE QU'UNE ATTESTATION AÉROMÉDICALE VOUS A DÉJÀ ÉTÉ REFUSÉE, OU A ÉTÉ SUSPENDUE OU RÉVOQUÉE, PAR UN SERVICE DE DÉLIVRANCE DES LICENCES ? DANS L'affirmative, EN PARLER AVEC LE MÉDECIN-EXAMINATEUR : Cocher « Oui » si une attestation médicale vous a déjà été refusée, ou a été suspendue ou révoquée, même temporairement. Donner la date, le lieu et des précisions, et en parler avec le médecin-examineur.

HAVE YOU EVER HAD AN AVIATION MEDICAL ASSESSMENT DENIED, SUSPENDED OR REVOKED BY ANY LICENSING AUTHORITY? IF YES, DISCUSS WITH THE MEDICAL EXAMINER: Tick "Yes" if you have ever had a Medical Assessment denied, suspended or revoked, even if temporarily. Provide the date, place and details, and discuss with the medical examiner

PAGE D'INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE DE DEMANDE POUR UNE ÉVALUATION AÉROMÉDICALE
INSTRUCTION PAGE FOR COMPLETION OF THE APPLICATION FORM FOR AN AVIATION MEDICAL ASSESSMENT (suite)

19. TEMPS DE VOL TOTAL (HEURES), Pour les pilotes, indiquer le nombre total d'heures de vol en cette qualité. Pour les non-pilotes, indiquer « Non applicable ». (TOTAL FLIGHT TIME (HOURS): For pilots, state total number of hours flown in an operating capacity. Non-pilots state "Not applicable".)
20. TEMPS DE VOL TOTAL (HEURES) : Pour les pilotes, indiquer le nombre total d'heures de vol en cette qualité. Pour les non-pilotes, indiquer « Non applicable ».
TOTAL FLIGHT TIME (HOURS): For pilots, state total number of hours flown in an operating capacity. Non-pilots state "Not applicable"
21. TEMPS (HEURES) DE VOL DEPUIS LE DERNIER EXAMEN MÉDICAL : Indiquer le nombre total d'heures de vol en qualité de pilote depuis le dernier examen médical.
FLIGHT TIME (HOURS) SINCE LAST MEDICAL EXAMINATION: State number of hours flown in an operating capacity since last aviation medical examination.
22. AÉRONEFS PILOTÉS ACTUELLEMENT Indiquer les types d'aéronefs actuellement pilotés, p. ex. Boeing 737, Airbus A 330, Cessna 150, AIRCRAFT CURRENTLY FLOWN: State the name of aircraft currently flown e.g. Boeing 737, Airbus A 330, Cessna 150.
23. AVEZ-VOUS EU UN ACCIDENT D'AVIATION OU UN INCIDENT DONT IL A ÉTÉ RENDU COMPTE DEPUIS VOTRE DERNIER EXAMEN MÉDICAL ? Si « Oui », donner des précisions.
ANY AIRCRAFT ACCIDENT OR REPORTED INCIDENT SINCE LAST MEDICAL EXAMINATION? If "Yes" provide details.
24. TYPE DE PILOTAGE PRÉVU(1) : Donner des précisions sur l'activité de pilotage prévue, p. ex. transport aérien commercial, instruction en vol, vols privés
TYPE OF FLYING INTENDED (1): Provide details of intended flying e.g. commercial air transport, flying instruction, private
25. SI VOUS BUVEZ DE L'ALCOOL, INDIQUER EN UNITÉS LA CONSOMMATION HEBDOMADAIRE MOYENNE : Indiquer la consommation hebdomadaire, p.ex.12 unités (bière et vin) Note: 1 unité ~ 12 g d'alcool ; ceci correspond à la quantité d'alcool que contient une canette ou une bouteille de bière normale (0,34L), un verre de vin, etc
IF YOU DRINK ALCOHOLIC BEVERAGES STATE AVERAGE WEEKLY INTAKE IN UNITS: State weekly intake e.g. 12 units (beer and wine) Note: 1 unit ~ 12 g alcohol; this corresponds to the amount of alcohol in a standard (0.34L) can or bottle of beer, a glass of wine, etc.
26. FUMEZ-VOUS DU TABAC ? Cocher la case applicable. Les fumeurs devraient indiquer le type et la quantité, p. ex. 20 cigarettes par jour ; pipe, 30 grammes par semaine
DO YOU SMOKE TOBACCO PRODUCTS? Tick applicable box. Current smokers should state type and amount e.g. 20 cigarettes per day; pipe, 30 grams weekly
27. PRENEZ-VOUS DES MÉDICAMENTS ACTUELLEMENT, Y COMPRIS DES MÉDICAMENTS SANS PRESCRIPTION ? Indiquer les médicaments prescrits par un médecin et aussi les médicaments sans prescription (p. ex. remèdes à base de plantes achetés sans prescription (« en vente libre »). Si vous cochez « Oui », donner des précisions : nom du médicament, date de début du traitement, dose journalière/hebdomadaire et affection ou problème donnant lieu à la consommation du médicament
DO YOU CURRENTLY USE ANY MEDICATION INCLUDING NON-PRESCRIBED MEDICATION? State medications prescribed by a medical practitioner and also non-prescribed medication e.g. herbal remedies, medications bought without prescription ("over the counter"). If "Yes" is ticked, provide details: name of medication, date treatment was commenced, daily/weekly dose and the condition or problem for which the medication is taken.
28. ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX ET MÉDICAUX : Il faut répondre à tous les points figurant sous ce titre, du numéro 101 au 149 inclus (101 à 151 pour les femmes) en cochant « OUI » ou « NON ». Vous DEVEZ cocher « OUI » si vous avez déjà souffert de l'affection dans votre vie, et décrire dans la case **OBSERVATIONS** le problème et la date approximative. Toutes les questions posées sont médicalement importantes, même si ce n'est peut-être pas évident. Les points 140 à 149 se rapportent directement aux antécédents familiaux. Les points 150 à 151 sont à remplir seulement par les candidates. Si des renseignements ont été fournis sur un formulaire de demande déjà soumis au service de délivrance de licences qui délivre l'attestation médicale demandée, et qu'il n'y a eu depuis lors aucun changement dans votre état, vous pouvez indiquer : « Signalé précédemment. Inchangé ». Il faut néanmoins cocher « OUI » pour le problème dont il s'agit. Ne pas rendre compte de maladies occasionnelles courantes qui disparaissent d'elles-mêmes, telles que les refroidissements
GENERAL AND MEDICAL HISTORY: All items under this heading from number 101 to 149 inclusive (101 to 151 for females) must have the answer 'YES' or 'NO' ticked. You MUST tick 'YES' if you have ever had the condition in your life and describe the condition and approximate date in the REMARKS box. All questions asked are medically important even though this may not be readily apparent. Items numbered 140 to 149 relate to immediate family history. Items numbered 150 to 151 should be completed only by female applicants. If information has been reported on a previous application form to the licensing authority issuing the Medical Assessment applied for and there has been no change in your condition, you may state 'Previously Reported, Unchanged'. However, you must still tick 'YES' to the condition. Do not report occasional common self-limiting illnesses such as colds.
29. DÉCLARATION ET CONSENTEMENT À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :Ne pas signer ou dater cette section avant que le médecin examinateur qui agira comme témoin et signera en cette qualité ait indiqué de le faire
DECLARATION AND CONSENT TO RELEASE OF MEDICAL INFORMATION: Do not sign or date this section until indicated to do so by the medical examiner who will act as witness and sign accordingly

UN CANDIDAT EST EN DROIT DE REFUSER TOUT EXAMEN ET TOUTE ÉPREUVE ET DE DEMANDER QU'IL EN SOIT RÉFÉRÉ À L'ANAC. CELA PEUT CEPENDANT DONNER LIEU À UN REFUS TEMPORAIRE D'ATTESTATION MÉDICALE
AN APPLICANT HAS THE RIGHT TO REFUSE ANY EXAMINATION AND TEST AND TO REQUEST REFERRAL TO THE AUTHORITY. HOWEVER, THIS MAY ENTAIL TEMPORARY DENIAL OF MEDICAL CERTIFICATION