



MEDICAL DECLARATION FOR LICENCES AND PERMITS REQUIRING A CATEGORY 4 MEDICAL STANDARD DÉCLARATION MÉDICALE POUR LES LICENCES ET LES PERMIS NÉCESSITANT UNE CATÉGORIE 4 NORME MÉDICALE

All applicants are to complete parts A and B. Student pilot permit - aeroplane and recreational pilot permit applicants are required to have part C completed.
Tous les demandeurs doivent remplir les parties A et B. Les demandeurs d'un permis d'élève pilote d'avion et d'un permis de pilote de loisir doivent faire remplir la partie C.

IT IS AN OFFENCE UNDER SECTION 7.3(l)(a) OF THE AERONAUTICS ACT TO KNOWINGLY MAKE A FALSE DECLARATION. FAIRE SCIEMMENT UNE FAUSSE DÉCLARATION EST UNE INFRACTION EN VERTU DE L'ALINÉA 7.3(l)(a) DE LA LOI SUR L'AÉRONAUTIQUE			
Part A - Please type or print in block letters – Partie A - Veuillez dactylographier ou inscrire en lettres moulées			
Issue/re-issue of a student pilot permit Demande/renouvellement de permis d'élève-pilote Glider <input type="checkbox"/> Ultra-light <input type="checkbox"/> Aeroplane <input type="checkbox"/> Planeur <input type="checkbox"/> Ultra-léger <input type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/>		Issue/renewal of a pilot licence/permit Demande/renouvellement d'une licence de pilote Glider <input type="checkbox"/> Ultra-light <input type="checkbox"/> Recreational <input type="checkbox"/> Planeur <input type="checkbox"/> Ultra-léger <input type="checkbox"/> Pilote de Loisir <input type="checkbox"/>	
Full given name(s) – Prénom(s) au complet		Surname – Nom de famille	Former Surname – Nom de famille antérieur
Address - Adresse		Telephone – Téléphone	Gender – Genre
		Place of Birth – Lieu de naissance	Date of Birth (yyyy-mm-dd) – Date de naissance (aaaa-mm-jj)
Part B Medical Declaration – Partie B - Déclaration médicale If you have ever suffered from any of the conditions listed below you must undergo a medical examination with a Civil Aviation Medical Examiner. Si vous avez déjà souffert d'un des maux de la liste ci-dessous mentionnée, vous devez subir un examen médical auprès d'un médecin examinateur de l'aviation civile.			
If you have ever held a civil aviation licence or permit state:		Si vous avez déjà été titulaire d'une licence/permis de l'aviation civile, donnez:	
_____ Licence/Permit Name Nom de la licence/permis		_____ Licence/Permit Number Le numéro de licence/permis	
I hereby declare -		Je déclare :	
1. That I have never suffered from any of the conditions listed below (A) Epilepsy, fits, or seizures; (B) Significant head injury; (C) Severe headaches or migraine; (D) Diabetes requiring insulin or other medication; (E) Heart disease, heart attack or high blood pressure; (F) Coronary by-pass surgery or angioplasty; (G) Chronic chest, sinus or ear condition; (H) Chronic abdominal condition requiring medication; (I) Eye trouble (e.g. vision not correctable to 20/30, inability to pass a motor vehicle vision test); (J) Nervous conditions requiring therapy or medication; (K) Recurrent fainting, dizziness or blackout; (L) Kidney disease/stones; (M) Any other physical or mental disability; (N) Alcohol or chemical dependence or abuse; (O) Any difficulty with hearing or speech.		1. N'avoir jamais souffert d'un des maux de la liste qui suit (A) Épilepsie, dérèglement convulsivant ou défaillance; (B) Blessure grave à la tête; (C) Maux de tête sévères ou migraines; (D) Diabète nécessitant l'insuline ou autres médicaments; (E) Maladie ou crise cardiaque ou hypertension; (F) Pontage coronarien ou angioplastie; (G) Maladie chronique de poitrine, des sinus ou de l'oreille; (H) Maladie chronique de l'abdomen nécessitant des médicaments; (I) Problèmes de la vue (ex.: une acuité visuelle non correctrice à 20/30, incapacité d'obtenir un permis de conduire pour un véhicule moteur); (J) Nervosité nécessitant des soins ou des médicaments; (K) Étourdissement, vertiges ou voile noir fréquents; (L) Maladie bactérienne du rein et calculs reïnaux; (M) Autre incapacité physique ou mentale; (N) Alcoolisme ou chimiodépendance; ou (O) Difficultés d'audition ou d'élocution.	
2. That I have never been denied, on medical grounds (A) A motor vehicle operators licence; (B) A civil aviation personnel licence, or permit, or (C) Life insurance.		2. Qu'on ne m'as jamais retiré pour des raisons médicales: (A) Un permis de conduire pour un véhicule moteur; (B) Une licence ou permis de personnel de l'aviation civile; ou (C) Assurance - vie.	
I hereby consent to the release of the above medical information to Transport Canada and to Transport Canada's Medical Advisors. Ultra-light and glider applicants require a witness' signature. Recreation pilot permit applicants do not.		Par la présente, j'autorise la communication à Transports Canada de même qu'à ses conseillers médicaux des renseignements médicaux ci-dessus mentionnés. On exige la signature d'un témoin pour les demandeurs d'un permis de pilote d'ultra-léger ou de planeur, non requise pour les demandeurs d'un permis de pilote de loisir.	
_____ Applicant's Signature Signature du candidat		_____ Date (yyyy-mm-dd) Date (aaaa-mm-jj)	_____ Witness' Signature Signature du témoin
Part C - Medical Declaration for Student Pilot Permit - Aeroplane and Recreational Pilot Permit Applicants Partie C - Déclaration médicale pour les demandeurs d'un permis d'élève pilote d'avion et de pilote de loisir This must be countersigned by a physician licensed in Canada. – Les renseignements ci-dessus doivent être contresigné par un médecin agréé au Canada.			
Physician's Attestation: – Attestation du médecin :			
I have read the declaration made in Part B and to the best of my knowledge of the applicant's medical history, the declaration is accurate. J'ai pris connaissance de la déclaration à la partie B et après ma connaissance des antécédents médicaux du demandeur, cette déclaration est exacte.		Electrocardiogram (If Required) Électrocardiogramme (s'il est requis) Normal <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Abnormal <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/>	
_____ Physician's Signature Signature du médecin		_____ Date (yyyy-mm-dd) Date (aaaa-mm-jj)	
_____ Physician's Name - Please Print Nom de médecin en lettres moulées		_____ Physician's Telephone Number N° de téléphone du médecin	
Licensing - Region Licences du personnel - région			
Entered in computer <input type="checkbox"/> Données entrées dans l'ordinateur		Initials _____ Initiales	Date (yyyy-mm-dd) _____ Date (aaaa-mm-jj)