



## 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.

<b>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</b>			
<b>Part A - Please type or print in block letters – Partie A - Veuillez dactylographier ou inscrire en lettres moulées</b>			
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)
<b>Part B Medical Declaration – Partie B - Déclaration médicale</b> 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 reinaux; (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
<b>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</b> This must be countersigned by a physician licensed in Canada. – Les renseignements ci-dessus doivent être contresigné par un médecin agréé au Canada.			
<b>Physician's Attestation: – Attestation du médecin :</b>			
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"/>  _____ Date (yyyy-mm-dd) Date (aaaa-mm-jj)	
_____ Physician's Signature Signature du médecin			
_____ 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)