

DOT File No.
 5802-

**MEDICAL DECLARATION
 FOR LICENCES AND PERMITS
 REQUIRING A CATEGORY 4 MEDICAL STANDARD**

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.

IT IS AN OFFENCE UNDER SECTION 7.3(I)(a) OF THE AERONAUTICS ACT TO KNOWINGLY MAKE A FALSE DECLARATION.

Issue/re-issue of a student pilot permit

Glider Ultra-light Aeroplane

Issue/renewal of a pilot licence/permit

Glider Ultra-light Private Recreational

PART A PLEASE TYPE OR PRINT IN BLOCK LETTERS

Full given name(s)		Surname	Former Surname	Date of Birth
Mailing address		Number and Street	Apt. No.	Telephone No.
City/Town	Province	Postal Code	Sex Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>	Place of Birth

PART B MEDICAL DECLARATION

IF YOU HAVE EVER SUFFERED FROM ANY OF THE CONDITIONS LISTED BELOW YOU MUST UNDERGO A MEDICAL EXAMINATION WITH A CIVIL AVIATION MEDICAL EXAMINER.

If you have ever held a civil aviation licence or permit state:

_____ Title _____ Licence/Permit Number _____

I hereby declare -

- 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.
- That I have never been denied, on medical grounds
 - (A) A motor vehicle operators licence;
 - (B) A civil aviation personnel licence, or permit, or Life insurance.
 - (C)

I HEREBY CONSENT TO THE RELEASE OF THE ABOVE MEDICAL INFORMATION TO TRANSPORT CANADA AND TO TRANSPORT CANADA'S MEDICAL ADVISERS.

ULTRA LIGHT AND GLIDER APPLICANTS REQUIRE A WITNESS' SIGNATURE - RECREATIONAL PILOT PERMIT APPLICANTS DO NOT.

 Applicant's Signature Date Witness' Signature

**PART C MEDICAL DECLARATION FOR STUDENT PILOT PERMIT - AEROPLANE AND RECREATIONAL PILOT PERMIT APPLICANTS
 THIS MUST BE COUNTERSIGNED BY A PHYSICIAN LICENSED IN CANADA.**

PHYSICIAN'S ATTESTATION:

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.

 Physician's Signature

 Physician's Name - Please Print

Physician's Telephone No.: () _____

ELECTROCARDIOGRAM

(If Required)

NORMAL

ABNORMAL

Date _____

LICENSING - REGION

Entered in computer Initials _____ Date _____

**DÉCLARATION MÉDICALE
 POUR CATÉGORIE 4**

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.

**FAIRE SCIEMMENT UNE FAUSSE DÉCLARATION EST UNE INFRACTION EN VERTU DE
 L'ALINÉA 7.3(1)(a) DE LA LOI SUR L'AÉRONAUTIQUE.**

Demande/renouvellement de permis d'élève-pilote		
Planeur	Ultra-léger	Avion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demande/renouvellement d'une licence de		
Planeur	Privé Ultra-léger	Pilote de Loisir
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTIE A VEUILLEZ DACTYLOGRAPHIER OU INSCRIRE EN LETTRES MOULÉES

Prénom(s) au complet - pas d'initiales		Nom de famille		Nom de famille antérieur		Date de naissance	
Adresse postale		N° et rue		N° app.		N° de téléphone	
Ville/Village		Province		Code postal		Lieu de naissance	
Sexe Masculin <input type="checkbox"/>		Féminin <input type="checkbox"/>		Citoyen du			

PARTIE B DÉCLARATION MÉDICALE
 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.

Si vous avez déjà été titulaire d'une licence/permis de l'aviation civile, donnez:

Le nom de la licence/permis

Le numéro

Je déclare :

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 corrective 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. 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.

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.

Signature du candidat

Date

Signature du témoin

PARTIE C DÉCLARATION MÉDICALE POUR LES DEMANDEURS D'UN PERMIS D'ÉLÈVE PILOTE D'AVION ET DE PILOTE DE LOISIR
 LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSUS DOIVENT ÊTRE CONTRESIGNÉS PAR UN MÉDECIN AGRÉÉ AU CANADA.

ATTESTATION DU MÉDECIN:

J'ai pris connaissance de la déclaration à la partie B et d'après ma connaissance des antécédents médicaux du demandeur, cette déclaration est exacte.

Signature du médecin

Nom du médecin en lettres mouillées

N° de téléphone du médecin: ()

ÉLECTROCARDIOGRAMME
 (S'il est requis)

NORMAL

ANORMAL

Date

LICENCES DU PERSONNEL - RÉGION

Données entrées dans l'ordinateur

Initiales _____

Date _____