

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			
				<table border="1"> <tr> <td>Y</td> <td>M</td> <td>D</td> </tr> </table>	Y	M	D
Y	M	D					
Mailing address	Number and Street	Apt. No.	Telephone No.	Place of Birth			
City/Town	Province	Postal Code	Sex Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>	Citizen of			

**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 -

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <p>1. That I have never suffered from any of the conditions listed below</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(A) Epilepsy, fits, or seizures;</li> <li>(B) Significant head injury;</li> <li>(C) Severe headaches or migraine;</li> <li>(D) Diabetes requiring insulin or other medication;</li> <li>(E) Heart disease, heart attack or high blood pressure;</li> <li>(F) Coronary by-pass surgery or angioplasty;</li> <li>(G) Chronic chest, sinus or ear condition;</li> <li>(H) Chronic abdominal condition requiring medication;</li> <li>(I) Eye trouble (e.g. vision not correctable to 20/30, inability to pass a motor vehicle vision test);</li> </ul> | <p>2. That I have never been denied, on medical grounds</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(A) A motor vehicle operators licence;</li> <li>(B) A civil aviation personnel licence, or permit, or Life insurance.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>(J) Nervous conditions requiring therapy or medication;</li> <li>(K) Recurrent fainting, dizziness or blackout;</li> <li>(L) Kidney disease/stones;</li> <li>(M) Any other physical or mental disability;</li> <li>(N) Alcohol or chemical dependence or abuse;</li> <li>(O) Any difficulty with hearing or speech.</li> </ul> |
|---|---|---|

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		Lieu de naissance	
Ville/Village	Province	Code postal		Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin	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 \_\_\_\_\_