

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence : Senegal		(13) N° référence :	
(3) Nom : Fall		(2) Certificat médical sollicité : Classe 1 ☒ Classe 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA ☐	
(5) Prénom(s) : Ousmane		(4) Nom de naissance : Ousmane Fall	(12) Genre sollicité ☐ initial ☒ renouvellement/prorogation
(6) Date de naissance : 02/12/2004		(7) Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐	(14) Type de licence désirée : ATPL
(8) Lieu et pays de naissance : DAKAR 02/12/2004		(9) Nationalité : SENEGALAISE	(15) Profession (principale) : Étudiant
(10) Adresse permanente : 107 mamelle residence / 33 rue Perreley France		(11) Adresse postale : (si différente) 75016	(16) Employeur :
(17) Dernier examen médical : Date : 20/07/2023 Lieu : Toulouse Blagnac		(19) Conditions, limitations du certificat médical : Non ☒ Oui ☐ détails :	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) : types : Numéro de licence : Pays de délivrance :		(21) Nombre total d'heures de vol : 60	
(20) Est ce qu'une autorité aéronautique a refusé de vous délivrer un certificat médical, prononcé une décision de retrait ou de suspension de celui-ci ? Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu :		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 50	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu :		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : SEP	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non ☒ Oui ☐ consommation journalière unités		(25) Type de vol envisagé : instructif	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais ☒ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt : Oui ☐ type et quantité :		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☐ Multipilote ☒	
		(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non ☒ Oui ☐ Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi :	

Antécédents généraux et médicaux : avez vous des antécédents connus d'une des maladies suivantes ?
A chaque question répondez en cochant OUI ou NON (ou selon ce qui est indiqué). Détaillez dans la rubrique « (30) remarques »

Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
(101) Maladie ou opération oculaire	☐	☒	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	☐	☒	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	☐
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	☐	☒	(113) Traumatismes crâniens ou commotion	☐	☒	(124) Test VIH positif	☐
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	☐	☒	(114) Maux de tête fréquents ou graves	☐	☒	(125) Maladie sexuellement transmissible	☐
(104) Allergie ou rhume des foies	☐	☒	(115) Accès de vertige/évanouissement	☐	☒	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	☐
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	☐	☒	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	☐	☒	(127) Maladie musculaire ou squelettique	☐
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	☐	☒	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	☐	☒	(128) Toute autre maladie ou blessure	☐
(107) Tension artérielle élevée ou basse	☐	☒	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	☐	☒	(129) Hospitalisation	☐
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	☐	☒	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	☐	☒	(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	☐
(109) Diabète ou désordre hormonal	☐	☒	(120) Tentative de suicide ou automutilation	☐	☒	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	☐
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	☐	☒	(121) Mal des transports nécessitant médication	☐	☒	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	☐
(111) Surdité ou maladie des oreilles	☐	☒	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	☐	☒	(133) Exempt� ou réformé du service national pour motif médical	☐
						(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	☐

(30) Remarques :

(31) Declaration : Je soussigné(e), déclare avoir répondu de façon s c re aux questions qui m'ont été posées lors du présent examen et ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé autres que ceux que j'ai signalés. Je comprends qu'en cas de fausse déclaration ou erreur, l'autorité de licence peut me retirer tout certificat médical déjà accordé ou refuser de me fournir un nouveau certificat médical, sans préjudice de toute autre action applicable en vertu du droit national. CONSENTEMENT   LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MÉDICALES : En cas de nécessité, j'autorise la transmission de ce rapport et de ses annexes, dans le respect du secret médical, au médecin évaluateur de l'autorité compétente de mon AM  ainsi qu'aux professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une évaluation médicale ou dans le cadre d'un recours. En reconnaissant que ces documents ou données stockées électroniquement doivent être utilisés pour compléter une évaluation médicale et deviendront et resteront la propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès conformément à la législation nationale. Le secret médical sera respecté à tout moment. NOTIFICATION DE DIVULGATION DE DONNÉES PERSONNELLES : Je déclare par la présente que j'ai été informé et que je comprends que les données contenues dans mon certificat médical selon l'ARA.MED.130 peuvent être stockées électroniquement et mis à la disposition de mon AM  afin de fournir les données historiques requises dans le MED.A.035 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des  tats membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.130 (c) (4).

Date : **06/10/2026**

Signature du demandeur : *[Signature]*

Signature du médecin examinateur : *[Signature]*

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : FALL		Prénoms : OUSMANE		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 02/11/2004		Lieu de naissance : DAKAR	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 195 cm	(203) Poids 65 kg	(204) Yeux couleur MARRON	(205) Cheveux couleur NOIRE	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 112 Diastolique 70	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 63 Rythme ☒ régulier ☐ irrégulier	

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal		normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	☒	☐	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	☒	☐
(209) Cavité buccale, gorge, dents	☒	☐	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	☒	☐
(210) Nez, sinus	☒	☐	(220) système génito-urinaire	☒	☐
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	☒	☐	(221) Système endocrinien, thyroïde	☒	☐
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	☒	☐	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	☒	☐
(213) Yeux - pupilles	☒	☐	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	☒	☐
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	☒	☐	(224) Examen neurologique- réflexes etc	☒	☐
(215) Poumons, thorax, seins	☒	☐	(225) Psychiatrie	☒	☐
(216) Cœur	☒	☐	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	☒	☐
(217) Système vasculaire	☒	☐	(227) Etat général	☒	☐
(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire					

Jeune homme 19 ans. Elevé pilote, motivé, psychisme bon, sans ATCD particuliers, Tabac = 0 Alcool = 0 Spirit +,

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)		Lunettes/Contact	
Oeil droit sans correction	10	Corrigée à	
Oeil gauche sans correction	10	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à	

(230) Vision Intermédiaire		sans correction		avec correction	
N14 lu à 100cm		Oui	Non	Oui	Non
Oeil droit	☒	☐	☐	☐	☐
Oeil gauche	☒	☐	☐	☐	☐
Vision binoculaire	☒	☐	☐	☐	☐

(231) de près		sans correction		avec correction	
N5 lu à 30 - 50cm		Oui	Non	Oui	Non
Oeil droit	☒	☐	☐	☐	☐
Oeil gauche	☒	☐	☐	☐	☐
Vision binoculaire	☒	☐	☐	☐	☐

(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact	
Oui ☐	Non ☒	Oui ☐	Non ☒
Type :		Type :	
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe
Oeil droit			Ajouter
Oeil gauche			

(313) Perception des couleurs		Normale ☒	Anormale ☐
Tables pseudo-isochromatiques		Type ISHII HARA	
Nombre de tables présentées 20		Nombre d'erreurs 0	

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)		(si 239/241 non réalisé)	
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur		Oreille droite	Oreille gauche
		Oui ☒	Oui ☒
		Non ☐	Non ☐

Audiométrie éventuelle	
Hz	500 1000 2000 3000 4000 6000
Oreille droite	
Oreille gauche	

(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine	
VEMS/CV	%	Peak Flow	(l/min)
Normal ☐	Anormal ☐	Normal ☐	Anormal ☐
		14,3 (g/dl)	
		Céle = 0,98	

(248) Commentaires, limitations :

Apte classe 1 → 04-10-825

(235) Analyse d'urine

Glucose ☒	Protéines ☐	Sang ☐	Autres ☐
---	------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------

Rapports annexés		Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	☐	☒	02/10/24	☒	☐
(239) Audiogramme	☐	☒	02/10/24	☒	☐
(240) Examen Ophtalmologique	☐	☐		☐	☐
(241) Examen ORL	☐	☐		☐	☐
(242) Lipides sanguins	☐	☐		☐	☐
(243) Fonction respiratoire	☐	☐		☐	☐
(320) Tonométrie G : D : mmHg	☐	☐		☐	☐
(244) Divers(Sujet?) :	☐	☐		☐	☐

(247 bis) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude

Avis :	Nom :
Apte.	Signature : Patrick CORREA
	Médecin Aéronautique
	SNMED-004
	DGAC N°3857 - FAA-00773

(247) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

☒ APTE pour la classe :	☐ certificat médical délivré par le soussigné (copie jointe) pour la classe :
☐ INAPTE pour la classe :	☐ Remis pour une évaluation complémentaire, dans l'affirmative, indiquer :
le destinataire :	
le motif :	

Renvoi/concertation	
Si une décision a été prise antérieurement par l'autorité en inscrire ici les références et le libellé complet et les reporter sur le certificat d'aptitude remis au candidat.	
Décision N°	Libellé :

Champ d'application du certificat	CLASSE 1	CLASSE 2	LAPL	PNC/CCA
☒	☒	☒	☒	☐

(249) Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

Je soussigné certifie que j'ai personnellement examiné (ou que mon groupe de médecins-conseils agréés a examiné) le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent nos constatations d'une manière complète.

(250) date :	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé :	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature :
02-10-825	Dr Patrick CORREA	DGAC N°3857 - FAA-00773
et lieu :	Fax :	Numéro d'AME :
	Telephone :	
	E-mail :	

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

I	Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence FRANCE
III	Numéro de certificat / Certificate number
IV	Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder FALL OUSMANE
XIV	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY) 02/12/2004 - DAKAR
VI	Nationalité / Nationality SN (SENEGAL)
VII	Signature du titulaire / Signature of holder 

II Certificat médical de Classe 1 Class 1 medical certificate	
IX	Date d'expiration du certificat médical pour (JJ/MM/AAAA) / Expiry date of this certificate for (DD/MM/YYYY) 20 / 07 / 2024
Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers	
Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations 20 / 07 / 2024	
Classe 2 / Class 2 20 / 07 / 2028	
LAPL / LAPL 20 / 07 / 2028	

XIII Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description	
X	Date de délivrance / Date of issue 20 / 07 / 2023
Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor  Dr. Pierre JOURDAN	
XI Cachet / Stamp 	

Date de l'examen médical / Date of medical examination 20 / 07 / 2023
Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram 20/07/2023
Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram 20/07/2023

European Union
medical certificate
Issued in accordance with Part-MED
Complies with ICAO standards
Except for the LAPL medical certificate

CLASSE 1 / 2 / LAPL
CLASS 1 / 2 / LAPL

CERTIFICAT MÉDICAL

Medical certificate



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
DIRECTION GÉNÉRALE
DE L'AVIATION CIVILE
CIVIL AVIATION ADMINISTRATION - FRANCE

I Etat dans lequel la licence de pilote a été
délivrée ou demandée / Authority that issued
or is to issue the pilot licence

III Numéro de certificat / Certificate number

IV Nom et prénom du titulaire / Last and first
name of holder

Dumaine F. A. 22

XIV Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of
birth (DD/MM/YYYY)
02-12-2004

VI Nationalité / Nationality

Sénégalais

VII Signature du titulaire / Signature of holder

[Signature]

MED.V.020 Diminution de l'aptitude médicale

- Les titulaires de licence n'exercent à aucun moment
les privilèges de leur licence et des qualifications
certificats s'ils s'inscrivent à un cours de formation
(1) ont connaissance qu'ils ne sont pas aptes à exercer
leur aptitude médicale sans les privilèges de la licence
incapables d'exercer ces privilèges en toute sécurité ;
(2) prennent ou utilisent des médicaments prescrits
ou non prescrits qui ont des effets secondaires
susceptibles d'entraîner une diminution de la licence
en question ;
(3) reçoivent tout traitement médical, chirurgical ou autre
susceptible d'influer sur la sécurité des vols.
b) En outre, les titulaires de licence tachent d'obtenir, sans
retard indu, un avis aéromédical :
(1) s'ils ont subi une opération chirurgicale ou une
procédure invasive ;
(2) s'ils ont entamé la prise régulière d'un médicament ;
(3) s'ils souffrent de toute blessure importante impliquant
une incapacité de travailler comme membre
d'équipage ;
(4) s'ils souffrent d'une maladie importante impliquant une
incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
(5) en cas de grossesse ;
(6) s'ils ont été admis dans un hôpital ou une clinique
médicale ;
(7) s'ils ont besoin de verres correcteurs pour la première
fois.

II Certificat médical de Classe 1 Class 1 medical certificate

IX Date d'expiration du certificat médical pour
(JJ/MM/AAAA) / Expiry date of this certificate
for (DD/MM/YYYY)
04-10-2025

Classe 1, exploitation commerciale monopilote
avec transport de passagers /
Class 1 single pilot commercial operations carrying
passengers
04-10-2025

Classe 1, autres exploitations commerciales /
Class 1 other commercial operations
04-10-2025

Classe 2 / Class 2
04-10-2025

LAPL / LAPL
04-10-2025

04-10-2025

MED.V.020 Decrease medical fitness

- Licence holders shall not exercise the privileges of their
licence and qualifications when they :
(1) are aware of or suspect that they are not fit to exercise
their medical fitness without the privileges of the licence ;
(2) take or use any drug or medication which is likely to interfere with the safe exercise of the privileges of the licence ;
(3) receive any medical, surgical or other treatment that is
likely to interfere with flight safety.
b) In addition, licence holders shall, without undue delay,
seek aero-medical advice when they :
(1) have undergone a surgical or invasive
procedure ;
(2) have commenced regular use of any medication ;
(3) have suffered any significant personal injury involving
incapacity to function as a member of the flight crew ;
(4) have been suffering from any significant illness
involving incapacity to function as a member of the
flight crew ;
(5) are pregnant ;
(6) have been admitted to hospital or medical clinic ;
(7) first require correcting lenses.

XIII Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description

X Date de délivrance / Date of issue
07-10-2024

Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical /
Signature of issuing AME or medical assessor
[Signature]

XI Cachet / Stamp



Date de l'examen médical /
Date of medical examination
04-10-2024

Date du dernier électrocardiogramme /
Date of last electrocardiogram
04-10-2024

Date du dernier audiogramme /
Date of last audiogram
04-10-2024