



MEDECINE AERONAUTIQUE ET AEROSPATIALE : EXAMEN MEDICAL REVISIONNEL CLASSE

1

Cette page est à remplir par le candidat

Ecrire en lettres capitales

Nom : FALL Prénom : PAPA ABDOULAYE
(Nom de jeune fille) Sexe ☒ M ☐ F

ACTIVITE(S)

Née le : 29/08/1971

Adresse : YOFF TONGHOR BP 23011 DAKAR

Tél: 775487030

Activités aériennes antérieures :

Heures de vol : 3200

Profession / activité ... PILOTE DE LIGNE

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ?

Si Oui : Date : 22/05/2013 Lieu : DAKAR Nom du médecin : KADUIC

Vous aviez été déclaré : ☒ APTE ☐ INAPTE

Répondez aux questions suivantes

	OUI	NON		OUI	NON
1 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		☒	1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle		☒
2 Avez-vous eu un accident sérieux dans le passé ?		☒	2 Taux de cholestérol élevé		☒
3 Avez-vous eu un traumatisme crânien ?		☒	3 Maladie respiratoire, bronchite		☒
4 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		☒	4 Pneumothorax		☒
5 Etes-vous un consommateur habituel de tabac ?		☒	5 Asthme, allergie		☒
6 Prenez-vous actuellement un ou des médicaments ?		☒	6 Troubles digestifs, gastriques, hernies		☒
7 Faites-vous usage de drogues illicites ?		☒	7 Troubles hépatiques, biliaires		☒
8 Consommez-vous de l'alcool de façon importante ?		☒	8 Diabète, sucre dans les urines		☒
9 Portez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou de lentilles ?		☒	9 Troubles rénaux, coliques néphrétiques		☒
10 Avez-vous été réformé ou exmpté du service national ?		☒	10 Rhumatismes, problèmes vertébraux		☒
			11 Maladie thyroïdienne		☒
			12 Tumeur ou maladie cancéreuse		☒
			13 Œil : choc, maladies, troubles visuels		☒
			14 Vertiges, pertes de connaissance		☒
			15 Epilepsie, convulsions		☒
			16 Migraines		☒
			17 Troubles du sommeil		☒
			18 Problèmes psychiatriques		☒

Rappel : l'état de grossesse entraîne l'aptitude temporaire.
A son issue, un nouvel examen d'aptitude est obligatoire avant le reprise des vols.

DECLARATION DU CANDIDAT : JE, SOUSSIGNE, DECLARE AVOIR REPONDU DE FACON SINCERE AUX QUESTIONS QUI M'ONT ETE POSEES LORS DU PRESENT EXAMEN ET NE PAS AVOIR CONNAISSANCE DE TROUBLES DE MON ETAT DE SANS LE RESPECT DU SECRET MEDICAL, CONFORMEMENT A L'ARRETE DU 3 OCTOBRE 2006

Date et Signature

15/05/2014

15 MAI 2014

TOUTE FAUSSE DECLARATION PRIVERAIT D'EFFET LA DECISION D'APTITUDE

Annotations du médecin, précisions sur les réponses "Oui" (reporter le numéro de l'item):
(Si OUI pour 23 et 26, précisez la quantité)



Date: 01/06/2015

MEDECINE AERONAUTIQUE ET AEROSPATIALE : EXAMEN MEDICAL REVISIONNEL CLASSE

1

Cette page est à remplir par le candidat

Ecrire en lettres capitales

Nom : FALL Prénom : PAPA ABDOULAYE

(Nom de jeune fille)

Sexe M
F

ACTIVITE(S)

Née le : 28/08/1971 à DAKAR

Adresse : YOFF TONGHOUR BP 28011

Email : pabdoulaye.pall@gmail.com Tel : 775487080

Profession / activité : Pilote de ligne

Activités aériennes antérieures :

Heures de vol :

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ?

Si Oui : Date : 15/05/2014

Lieu : DAKAR

Nom du médecin :

Dr P. CORREA

Vous aviez été déclaré :

APTE

INAPTE

Répondez aux questions suivantes

	OUI	NON		OUI	NON
1 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		☒	1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle		☒
2 Avez-vous eu un accident sérieux dans le passé ?		☒	2 Taux de cholestérol élevé		☒
3 Avez-vous eu un traumatisme crânien ?		☒	3 Maladie respiratoire, bronchite		☒
4 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		☒	4 Pneumothorax		☒
5 Etes-vous un consommateur habituel de tabac ?		☒	5 Asthme, allergie		☒
6 Prenez-vous actuellement un ou des médicaments ?		☒	6 Troubles digestifs, gastriques, hernies		☒
7 Faites-vous usage de drogues illicites ?		☒	7 Troubles hépatiques, biliaires		☒
8 Consommez-vous de l'alcool de façon importante ?		☒	8 Diabète, sucre dans les urines		☒
9 Portez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou de lentilles ?		☒	9 Troubles rénaux, coliques néphrétiques		☒
10 Avez-vous été réformé ou exempté du service national ?		☒	10 Rhumatismes, problèmes vertébraux		☒
			11 Maladie thyroïdienne		☒
			12 Tumeur ou maladie cancéreuse		☒
			13 Œil : choc, maladies, troubles visuels		☒
			14 Vertiges, pertes de connaissance		☒
			15 Epilepsie, convulsions		☒
			16 Migraines		☒
			17 Troubles du sommeil		☒
			18 Problèmes psychiatriques		☒

Rappel : l'état de grossesse entraîne l'inaptitude temporaire.

A son issue, un nouvel examen d'aptitude est obligatoire avant le reprise des vols.

DECLARATION DU CANDIDAT : JE, SOUSSIGNE, DECLARE AVOIR REPONDU DE FACON SINCERE AUX QUESTIONS QUI M'ONT ETE POSEES LORS DU PRESENT EXAMEN ET NE PAS AVOIR CONNAISSANCE DE TROUBLES DE MON ETAT DE SANTE AUTRES QUE CEUX QUE J'AI SIGNALES. JE SUIS INFORME QUE CETTE FICHE D'EXAMEN EST ADRESSEE AU CONSEIL MEDICAL DE L'AERONAUTIQUE CIVILE, DANS LE RESPECT DU SECRET MEDICAL, CONFORMEMENT A L'ARRETE DU 3 OCTOBRE 2006

Date et Signature

01/06/2015

TOUTE FAUSSE DECLARATION PRIVERAIT D'EFFET LA DECISION D'APTITUDE

Annotations du médecin, précisions sur les réponses "Oui" (reporter le numéro de l'item) :
(Si OUI pour 23 et 26, précisez la quantité)



MEDECINE AERONAUTIQUE ET AEROSPATIALE : EXAMEN MEDICAL REVISIONNEL CLASSE

1

Cette page est à remplir par le candidat

Ecrire en lettres capitales

Nom : FALL Prénom : PAPA ABDOULAYE

(Nom de jeune fille) Sexe ☒ M ☐ F

Née le : 29/08/1971 à DAKAR

Adresse : YOFF TONKHOR BP 23011 DAKAR

Email paboloulouyefall@gmail.com Tel 775487090

Profession / activité : Pilote AVION

ACTIVITE(S)

Activités aériennes antérieures :

Heures de vol :

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ?

oui

Si Oui : Date : 31/05/2015

Lieu : DAKAR

Nom du médecin :

Dr CORREA

Vous aviez été déclaré :

APTE

☒

INAPTE

Répondez aux questions suivantes

	OUI	NON
1 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	☐	☒
2 Avez-vous eu un accident sérieux dans le passé ?	☐	☒
3 Avez-vous eu un traumatisme crânien ?	☐	☒
4 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?	☐	☒
5 Etes-vous un consommateur habituel de tabac ?	☐	☒
6 Prenez-vous actuellement un ou des médicaments ?	☐	☒
7 Faites-vous usage de drogues illicites ?	☐	☒
8 Consommez-vous de l'alcool de façon importante ?	☐	☒
9 Portez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou de lentilles ?	☐	☒
10 Avez-vous été réformé ou exempté du service national ?	☐	☒

Rappel : l'état de grossesse entraîne l'inaptitude temporaire.

A son issue, un nouvel examen d'aptitude est obligatoire avant le reprise des vols.

DECLARATION DU CANDIDAT : JE, SOUSSIGNE, DECLARE AVOIR REPONDU DE FACON SINCERE AUX QUESTIONS QUI M'ONT ETE POSEE LORS DU PRESENT EXAMEN ET NE PAS AVOIR CONNAISSANCE DE TROUBLES DE MON ETAT DE SANTE AUTRES QUE CEUX QUE J'AI SIGNALES. JE SUIS INFORME QUE CETTE FICHE D'EXAMEN EST ADRESSEE AU CONSEIL MEDICAL DE L'AERONAUTIQUE CIVILE, DANS LE RESPECT DU SECRET MEDICAL, CONFORMEMENT A L'ARRETE DU 3 OCTOBRE 2006

Date et Signature

25/11/2015

TOUTE FAUSSE DECLARATION PRIVERAIT D'EFFET LA DECISION D'APTITUDE

Annotations du médecin, précisions sur les réponses "Oui" (reporter le numéro de l'item) :

(Si OUI pour 23 et 26, précisez la quantité)



Date: 24/03/2018

MEDECINE AERONAUTIQUE ET AEROSPATIALE : EXAMEN MEDICAL REVISIONNEL CLASSE

1

Cette page est à remplir par le candidat

Ecrire en lettres capitales

Nom : FALL Prénom : PAPA ABDOULAYE
(Nom de jeune fille) Sexe M ☒ F ☐

ACTIVITE(S)

Née le : 23/08/1971 à DAKAR

Adresse : YOFF TONGHOR BP 29011 DAKAR

Email pabdoulagefall@gmail.com Tel 775487090

Profession / activité ... PILOTE AVION

Activités aériennes antérieures :

A.320 - 19400

Heures de vol : 4800

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? Oui ☒ Non ☐

Si Oui : Date : 21/06/2018 Lieu : ABIDJAN Nom du médecin :

Dr KOVADIO ALAIN SOEL

Vous aviez été déclaré : APTE ☒ INAPTE ☐

Répondez aux questions suivantes

	OUI	NON		OUI	NON
1 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	☐	☒	1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle	☐	☒
2 Avez-vous eu un accident sérieux dans le passé ?	☐	☒	2 Taux de cholestérol élevé	☐	☒
3 Avez-vous eu un traumatisme crânien ?	☐	☒	3 Maladie respiratoire, bronchite	☐	☒
4 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?	☐	☒	4 Pneumothorax	☐	☒
5 Etes-vous un consommateur habituel de tabac ?	☐	☒	5 Asthme, allergie	☐	☒
6 Prenez-vous actuellement un ou des médicaments ?	☐	☒	6 Troubles digestifs, gastriques, hernies	☐	☒
7 Faites-vous usage de drogues illicites ?	☐	☒	7 Troubles hépatiques, biliaires	☐	☒
8 Consommez-vous de l'alcool de façon importante ?	☐	☒	8 Diabète, sucre dans les urines	☐	☒
9 Portez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou de lentilles ?	☐	☒	9 Troubles rénaux, coliques néphrétiques	☐	☒
10 Avez-vous été réformé ou exmpté du service national ?	☐	☒	10 Rhumatismes, problèmes vertébraux	☐	☒
⊕ Recueil AINS/SA. Nouvel examen. Rappel : l'état de grossesse entraîne l'inaptitude temporaire. U = Responsable A son issue, un nouvel examen d'aptitude est obligatoire avant la reprise des vols. Recueil : OK. ⊕ Recueil = KAS.			11 Maladie thyroïdienne	☐	☒
			12 Tumeur ou maladie cancéreuse	☐	☒
			13 Œil : choc, maladies, troubles visuels	☐	☒
			14 Vertiges, pertes de connaissance	☐	☒
			15 Epilepsie, convulsions	☐	☒
			16 Migraines	☐	☒
			17 Troubles du sommeil	☐	☒
			18 Problèmes psychiatriques	☐	☒

DECLARATION DU CANDIDAT : JE, SOUSSIGNE, DECLARE AVOIR REPONDU DE FACON SINCERE AUX QUESTIONS QUI M'ONT ETE POSEES LORS DU PRESENT EXAMEN ET NE PAS AVOIR CONNAISSANCE DE TROUBLES DE MON ETAT DE SANTE AUTRES QUE CEUX QUE J'AI SIGNALES. JE SUIS INFORME QUE CETTE FICHE D'EXAMEN EST ADRESSEE AU CONSEIL MEDICAL DE L'AERONAUTIQUE CIVILE, DANS LE RESPECT DU SECRET MEDICAL, CONFORMEMENT A L'ARRETE DU 3 OCTOBRE 2006

Ancheli. Fournier Lioux.

Date et Signature

24/03/2018

TOUTE FAUSSE DECLARATION PRIVERAIT D'EFFET LA DECISION D'APTITUDE

Annotations du médecin, précisions sur les réponses "Oui" (reporter le numéro de l'item) :
(Si OUI pour 23 et 26, précisez la quantité)



Date: 12/03/2013

MEDECINE AERONAUTIQUE ET AEROSPATIALE : EXAMEN MEDICAL REVISIONNEL CLASSE

1

Cette page est à remplir par le candidat

Ecrire en lettres capitales

Nom : FALL Prénom : PAPA ABDOULAYE

(Nom de jeune fille) Sexe M ☐ F ☐

Née le : 29/08/1971 à DAKAR

Adresse : YOFF TONGHON

Email paboloulagepelle@gmail.com Tel 775487030

Profession / activité ... PILOTE

ACTIVITE(S)

Activités aériennes antérieures :

Heures de vol : 5000

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ?

Si Oui : Date : 10/2018 Lieu : DAKAR Nom du médecin :

Vous aviez été déclaré : APTE ☒ INAPTE ☐

N°

Répondez aux questions suivantes

	OUI	NON		OUI	NON
1 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		☒	1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle		☒
2 Avez-vous eu un accident sérieux dans le passé ?		☒	2 Taux de cholestérol élevé		☒
3 Avez-vous eu un traumatisme crânien ?		☒	3 Maladie respiratoire, bronchite		☒
4 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		☒	4 Pneumothorax		☒
5 Etes-vous un consommateur habituel de tabac ?		☒	5 Asthme, allergie		☒
6 Prenez-vous actuellement un ou des médicaments ?		☒	6 Troubles digestifs, gastriques, hernies		☒
7 Faites-vous usage de drogues illicites ?		☒	7 Troubles hépatiques, biliaires		☒
8 Consommez-vous de l'alcool de façon importante ?		☒	8 Diabète, sucre dans les urines		☒
9 Portez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou de lentilles ?		☒	9 Troubles rénaux, coliques néphrétiques		☒
10 Avez-vous été réformé ou exempté du service national ?		☒	10 Rhumatismes, problèmes vertébraux		☒
Ⓢ Idem. de Sgt 18. Rappel : l'état de grossesse entraîne l'inaptitude temporaire. A son issue, un nouvel examen d'aptitude est obligatoire avant le reprise des vols.			11 Maladie thyroïdienne		☒
			12 Tumeur ou maladie cancéreuse		☒
			13 Œil : choc, maladies, troubles visuels		☒
			14 Vertiges, pertes de connaissance		☒
			15 Epilepsie, convulsions		☒
			16 Migraines		☒
			17 Troubles du sommeil		☒
			18 Problèmes psychiatriques		☒

DECLARATION DU CANDIDAT : JE, SOUSSIGNE, DECLARE AVOIR REPONDU DE FACON SINCERE AUX QUESTIONS QUI M'ONT ETE POSEES LORS DU PRESENT EXAMEN ET NE PAS AVOIR CONNAISSANCE DE TROUBLES DE MON ETAT DE SANTE AUTRES QUE CEUX QUE J'AI SIGNALES. JE SUIS INFORME QUE CETTE FICHE D'EXAMEN EST ADRESSEE AU CONSEIL MEDICAL DE L'AERONAUTIQUE CIVILE, DANS LE RESPECT DU SECRET MEDICAL, CONFORMEMENT A L'ARRETE DU 3 OCTOBRE 2006

Date et Signature

12/03/2013

TOUTE FAUSSE DECLARATION PRIVERAIT D'EFFET LA DECISION D'APTITUDE

Annotations du médecin, précisions sur les réponses "Oui" (reporter le numéro de l'item) :
(Si OUI pour 23 et 26, précisez la quantité)

PAPA ABDOULAYE FALL

24/03/2018



Agence Nationale de l'Aviation civile et de Météorologie

RAPPORT D'EXAMEN MÉDICAL

À l'usage des médecins-examineurs désignés seulement

(4) Numéro d'identification national (s'il y a lieu):

SECRET MÉDICAL

(1) Catégorie d'examen Initial Renouvellement ☒ Autre ☐	(2) Taille 185 cm	(3) Poids 78 kg	(4) Couleur des yeux N	(5) Couleur des cheveux N	(6) Tension artérielle – position assise mmHg Systolique 130 Diastolique 80	(7) Pouls – au repos 80 Fréquence (bpm) Rythme Rég. ☒ Irrég. ☐
--	----------------------	--------------------	---------------------------	------------------------------	--	---

Examen clinique : Vérifier chaque point Normal Anormal

(8) Tête, visage, cou, cuir chevelu			(18) Abdomen, hernie, foie, vésicule biliaire		
(9) Bouche, gorge, dents			(19) Anus, rectum (indiquer si pas examiné)		
(10) Nez, sinus			(20) Appareil uro-génital (indiquer si pas examiné)		
(11) Oreilles, en particulier apparence et motilité du tympan			(21) Système endocrinien		
(12) Yeux – orbite et annexes, champs visuels			(22) Membres supérieurs et inférieurs, articulations		
(13) Yeux – pupilles et fonds d'yeux			(23) Colonne vertébrale, système musculaire et squelette		
(14) Yeux – motilité oculaire; nystagmus, équilibre oculomoteur			(24) Signes neurologiques – réflexes, etc.		
(15) Poumons, poitrine, seins (indiquer s'il n'y a pas eu d'examen des seins)			(25) Signes psychiatriques		
(16) Cœur			(26) Peau et circulation lymphatique		
(17) Système vasculaire			(27) Signes systémiques généraux		

(28) Notes : Décrire toutes anomalies observées. Inscrire le numéro du point avant chaque observation.

10- depuis.

(29) Indiquer les marques, tatouages, cicatrices, etc.

Acuité visuelle

(30) Vision en champ éloigné à 6 m Verres Lentilles de contact

	Sans correction	Verres	Lentilles de contact
Œil droit	10	Corrigé à	
Œil gauche	10	Corrigé à	
Deux yeux	10	Corrigé à	

(31) Vision en champ moyen

	Non corrigée		Corrigée	
	Oui	Non	Oui	Non
N14 à 100 cm				
Œil droit				
Œil gauche				
Deux yeux				

(32) Vision en champ rapproché

	Non corrigée		Corrigée	
	Oui	Non	Oui	Non
N5 à 30-50 cm				
Œil droit				
Œil gauche				
Deux yeux				

(33) Lunettes

(34) Lentilles de contact

Oui ☐ Non ☒	Oui ☐ Non ☒
Type :	Type :
(35) Perception des couleurs	Normale ☒ Anormale ☐
Planches pseudo-isochromatiques	Type :
Nombre de planches	Nb. d'erreurs :

(40) Ouïe	Oreille droite	Oreille gauche
Quand (41) n'est pas effectué		
Test vocal de conversation à 2 m, dos tourné vers l'examineur	Oui ☒ Non ☐	Oui ☒ Non ☐
(41) Audiométrie		
Hz	500 1000 2000 3000	
Droite	10 15 20 15	
Gauche	10 15 20 20	



Agence Nationale de l'Aviation civile et de Météorologie

(50) Analyse d'urine

Normale ☐Anormale ☐

Glucose	Protéines	Sang	Autres
0	0	0	

(60) Abordé les aspects de l'aptitude en rapport avec la santé mentale Oui ☒ Non ☐

(61) Abordé les aspects comportementaux de l'aptitude. Oui ☒ Non ☐

(62) Abordé les aspects physiques de l'aptitude Oui ☒ Non ☐

(63) Donné des conseils de prévention en matière de santé. Oui ☐ Non ☐

Comptes rendus joints	Normal	Anomalies/Observations	Pas effectué
(70) ECG	☒		
(71) Audiogramme	☒		
(72) Autres			

(80) Recommandation du médecin examinateur :

Nom du

Date de

- ☐ Classe d'aptitude : _____
☐ Certificat médical délivré par le soussigné (modèle joint)

Signature : _____

☐ Inaptitude _____ Indiquer la

- ☐ Différé pour évaluation plus poussée. Dans ce cas, pour quelle raison et adressé à qui ?

Budget = RAS / NFS.
Alcun
et.

(81) Observations, restrictions, limitations :

(82) Déclaration du médecin-examineur :

Je certifie par la présente que j'ai personnellement examinée le candidat nommé dans ce compte rendu, et que les conclusions figurant dans ce compte rendu et toutes les pièces qui pourraient y être jointes sont complètes et exactes.

(83) Lieu et date

Nom et adresse de l'examineur : (Lettres capitales)

Cachet et numéro de l'examineur :

Signature du médecin-examineur

Adresse électronique : N° de
téléphone :
N° de fax :



Papa Aboulouye FALL

12/03/2019



Agence Nationale de l'Aviation civile et de Météorologie

SECRET MÉDICAL

RAPPORT D'EXAMEN MÉDICAL

À l'usage des médecins-examineurs désignés seulement

(4) Numéro d'identification national (s'il y a lieu):

(1) Catégorie d'examen Initial ☐ Renouvellement ☒ Autre ☐	(2) Taille 185 cm	(3) Poids 81 kg	(4) Couleur des yeux N	(5) Couleur des cheveux N	(6) Tension artérielle – position assise mmHg Systolique 110 Diastolique 80	(7) Pouls au repos 60 Fréquence (bpm) Rég. ☒ Irrég. ☐
---	----------------------	--------------------	---------------------------	------------------------------	--	--

Examen clinique : Vérifier chaque point Normal Anormal

	Normal	Anormal		Normal	Anormal
(8) Tête, visage, cou, cuir chevelu			(18) Abdomen, hernie, foie, vésicule biliaire		
(9) Bouche, gorge, dents			(19) Anus, rectum (indiquer si pas examiné)		
(10) Nez, sinus			(20) Appareil uro-génital (indiquer si pas examiné)		
(11) Oreilles, en particulier apparence et motilité du tympan			(21) Système endocrinien		
(12) Yeux – orbite et annexes, champs visuels			(22) Membres supérieurs et inférieurs, articulations		
(13) Yeux – pupilles et fonds d'yeux			(23) Colonne vertébrale, système musculaire et squelette		
(14) Yeux – motilité oculaire; nystagmus, équilibre oculomoteur			(24) Signes neurologiques – réflexes, etc.		
(15) Poumons, poitrine, seins (indiquer s'il n'y a pas eu d'examen des seins)			(25) Signes psychiatriques		
(16) Cœur			(26) Peau et circulation lymphatique		
(17) Système vasculaire			(27) Signes systémiques généraux		

(28) Notes : Décrire toutes anomalies observées. Inscrire le numéro du point avant chaque observation.

(29) Indiquer les marques, tatouages, cicatrices, etc.

Acuité visuelle

(30) Vision en champ éloigné à 6 m Verres Lentilles de contact

	Sans correction	Corrigé à		
Œil droit	10			
Œil gauche	10			
Deux yeux	10			

(31) Vision en champ moyen Non corrigée Corrigée

N14 à 100 cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit				
Œil gauche				
Deux yeux				

(32) Vision en champ rapproché Non corrigée Corrigée

N5 à 30–50 cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit				
Œil gauche				
Deux yeux				

(33) Lunettes (34) Lentilles de contact

Oui ☐ Non ☒	Oui ☐ Non ☒
Type :	Type :

(35) Perception des couleurs Normale ☒ Anormale ☐

Planches pseudo-isochromatiques	Type : ISH
Nombre de planches 6	Nb. d'erreurs : 0

(40) Ouf Quand (41) n'est pas effectué Oreille droite Oreille gauche

Test vocal de conversation à 2 m, dos tourné vers l'examineur	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐
---	---	---

(41) Audiométrie				
Hz	500	1000	2000	3000
Droite				
Gauche				

24-0



Agence Nationale de l'Aviation civile et de Météorologie

(50) Analyse d'urine

Normale ☐Anormale ☐

Glucose	Protéines	Sang	Autres
0	0	0	

(60) Abordé les aspects de l'aptitude en rapport avec la santé mentale. Oui ☒ Non ☐

(61) Abordé les aspects comportementaux de l'aptitude. Oui ☐ Non ☐

(62) Abordé les aspects physiques de l'aptitude. Oui ☒ Non ☐

(63) Donné des conseils de prévention en matière de santé. Oui ☐ Non ☐

Comptes rendus joints	Normal	Anomalies/Observations	Pas effectué
(70) ECG	α.		
(71) Audiogramme			
(72) Autres			

(80) Recommandation du médecin examinateur :

Nom du

Date de

- ☐ Classe d'aptitude : _____
☐ Certificat médical délivré par le soussigné (modèle joint)

Signature : _____

☐ Inaptitude _____ Indiquer la

- ☐ Différé pour évaluation plus poussée. Dans ce cas, pour quelle raison et adressé à qui ?

MFS. Celcumi - 868.
⇒ RAS

(81) Observations, restrictions, limitations :

(82) Déclaration du médecin-examineur :

Je certifie par la présente que j'ai personnellement examinée le candidat nommé dans ce compte rendu, et que les conclusions figurant dans ce compte rendu et toutes les pièces qui pourraient y être jointes sont complètes et exactes.

(83) Lieu et date :

Signature du médecin-examineur :

Nom et adresse de l'examineur : (Lettres capitales)

Cachet et numéro de l'examineur :

Adresse électronique : N° de
téléphone :
N° de fax :

03-19
CORREA
MD1001/ANAC/SDTA/03
DGAC N°3857

 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	FORMULAIRE	SN-SEC-MED-FORM-01-A	
	EXAMEN MEDICAL DU PERSONNEL DE L'AERONAUTIQUE CIVILE		Date d'application : 10/09/2018

TYPE DE PERSONNEL : NAVIGANT
CLASSE :
NOM DE L'EMPLOYEUR : AIR SENEGAL
ADRESSE : ALTIADIES

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>PAPA ABDOULAYE</u> Prénom : <u>FALL</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Né(e) le : <u>19/08/1971</u> à : Sexe : ☐ F ☒ M Lieu et date de l'examen médical : <u>CABINET ADS/DR CORREA</u> Adresse : <u>YOFF TONGHON BP 29011 DAKAR</u> Téléphone : <u>77-548 7090</u> email : <u>pabouloulayefall@gmail.com</u> Profession/activité : <u>PILOTE</u> Situation de famille : <u>MARIÉ</u>	Activité(s) pratiques ☒ Avion ☐ Planeur ☐ Hélicoptère ☐ Ballon ☐ Autres précisez : Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) <u>COMPAGNIE</u> Aérodrome : Activités aériennes antérieures : Heures de vol :
---	---

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? ☒ OUI ☐ NON
 Si OUI : Date : 12/03/19 Lieu : Nom du médecin : DR PATRICK CORREA
 Vous avez été déclaré : ☒ Apte ☐ Inapte

Antécédents familiaux : Avez-vous connaissance de l'existence d'une maladie grave parmi les proche de votre famille (grands-parents, parents, frères et sœurs) ? ☐ OUI ☐ NON

Questionnaires précisions sur les réponses « OUI »

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :	OUI	NON
1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle		☒
2 Taux de cholestérol élevé		☒
3 Maladie respiratoire		☒
4 Maladies de l'estomac		☒
5 Maladies du foie		☒
6 Diabète		☒
7 Maladies rénales		☒
8 Maladies articulaires et du dos		☒
9 Maladie thyroïdienne		☒
10 Tumeur ou maladie cancéreuse		☒
11 Œil : choc, maladies, troubles visuels		☒
12 Vertiges, pertes de connaissance		☒
13 Migraines		☒

Répondez aux questions suivantes :	OUI	NON
14 Troubles du sommeil		☒
15 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		☒
16 Avez-vous eu un accident dans le passé ?		☒
17 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		☒
18 Etes-vous un consommateur de tabac ?		☒
19 Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		☒
20 Faites-vous usage de drogues illicites ?		☒
21 Consommez-vous de l'alcool ?		☒
22 Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles		☒
23 Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		☒
Pour les candidates :		
24 Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?		
25 Autres		

Déclaration du personnel aéronautique : Je soussigné, déclare avoir répondu de façon sincère aux questions qui m'ont été posées lors du présent examen et ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé autre que ceux que j'ai signalés. Je suis informée que cette fiche d'examen est adressée au service médical de l'aéronautique civile, dans le respect du secret médical, conformément aux textes en vigueur.
 Toute fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

Date et signature du personnel aéronautique

13/09/2019



Annotations du médecin-examineur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :
 (Si OUI pour 23 et 25, préciser) :

 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	FORMULAIRE		SN-SEC-MED-FORM-02-A	
	RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL		Date d'application : 10/06/2017	Page 1 sur 2

NOM : FALL		Prénoms : PAPA ABDOULAYE		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 29/08/1971		Lieu de naissance : DAKAR	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☒ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 185 cm	(203) Poids 77 kg	(204) Yeux couleur N	(205) Cheveux couleur N	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos
					Systolique 110	Diastolique 70	Pulsations 70
							Rythme ☐ irrégulier ☒ régulier

Examen clinique : Cochez chaque item		normal	anormal		normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu				(218) Abdomen, hernie, foie, rate		
(209) Cavité bucale, 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						

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

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

		Lunettes/Contact	
Œil droit sans correction	9	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	9	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	9	Corrigée à	
(230) Vision intermédiaire		Sans correction	
		Oui	Non
N14 lu à 100cm		Oui	Non
Œil droit			
Œil gauche			
Vision binoculaire			

(235) Analyse d'urine Normale ☒ anormale ☐

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
0	0	-		
Rapport annexés		Non réalisés	Date	Normal
(238) ECG			13-09	d.
(239) Audiogramme			18	d.
(240) Examen Ophtalmologique				03
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins				
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G :				



Agence Nationale de
l'Aviation
Civile et de la Météorologie

FORMULAIRE

SN-SEC-MED-FORM-02-A

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Date
d'application :
10/06/2017

Page
2 sur 2

(231) de près

N5 lu à 30 - 50cm

Sans correction Avec correction

Oui Non Oui Non

Œil droit

Œil gauche

Vision binoculaire

(232) Lunettes

(233) Lentilles de contact

Oui ☐

Non ☒

Oui ☐

Non ☐

Type :

Type :

réfraction

Sph

Cylindre

Axe

Ajouter

(313) Perception des couleurs

Normale ☒ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques

Nombre de tables présentées

Type ISHIHARA

Nombre d'erreurs

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(si 239/241 non réalisé)

Oreille

droite

Oreille

gauche

Oui ☐

Non ☐

Oui ☐

Non ☐

Test de voix de conversation perçue à 2m le
dos tourné vers l'examineur

Audiométrie éventuelle

Hz 500 1000 2000 3000 4000 6000

Oreille
droite

Oreille
gauche

(236) Fonction respiratoire

(237) Hémoglobine

VEMS/CV
%

Peak Flow
(l/min)

(g/dl)

Normal ☐ Anormal ☐

Normal ☐ Anormal ☐

Normal ☐ Anormal ☐

(248) commentaires, limitations :

Consultat. ophtalm. - 10/06/2017 à 12h.

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé

Je soussigné certifie que j'ai personnellement examiné le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent mes constatations d'une manière complète.

(250) Lieu et date

Dr Patrick CORREA
Médecine Aeronautique
MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N° 3857 - FAA 00773

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassadeurs
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature

D : mmHg

(244) Divers (Sujet ?)

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

Avis :

Nom :

Signature :

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

☒ APTE 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° Du

Libellé :

Champ
d'application
du certificat

Classe 1

Classe 2

Classe 3

☐

☐

☐



CENTRE REGIONAL DE MEDECINE
AERONAUTIQUE ET AEROPORTUAIRE
TEL : 21.58.20.01/P.4202

BULLETIN D'ACUITE VISUELLE

<u>Nom et Prénoms :</u> <u>FAYE . PAPA</u>		<u>CONCLUSION</u>

<u>Age :</u> <u>44 ans</u>	<u>Sexe :</u> <u>♂</u>	
<u>Vision de Loin :</u> OD <u>norm</u> OG <u>norm</u>		
<u>Vision de Près :</u> OD <u>P7</u> OG <u>P2</u>		
<u>Vision des couleurs :</u> <u>Normale</u>		

Date : 23-11-15

Docteur S. MEDECIN
CENTRE REGIONAL DE MEDECINE
AERONAUTIQUE ET AEROPORTUAIRE
158.20.01/P.4202
MEDECIN
158.20.01/P.4202



CENTRE REGIONAL DE
MEDECINE AERONAUTIQUE
ET AEROPORTUAIRE

Centre Régional de Médecine
Aéronautique et Aéroportuaire

ELECTROCARDIOGRAMME

Nom : FALL

Prénom (s) : PAPA ABDULLAYE

Date : 23/11/2015



CENTRE REGIONAL DE
MEDECINE AERONAUTIQUE
ET AEROPORTUAIRE

Centre Régional de Médecine
Aéronautique et Aéroportuaire

AUDIOGRAMME

Nom : FALL PAPA

Prénom (s) : ABDOLLAH E. N

Date de naissance : 29-03-1971

Applicant Must Complete ALL 20 Items (Except For Shaded Areas) PLEASE PRINT

Form Approved OMB NO. 2120-0034

Copy of FAA Form 8500-9
(Medical Certificate) or FAA
Form 8420-2 (Medical/Student
Pilot Certificate) Issued.

GX-1173087

MEDICAL CERTIFICATE FIRST CLASS AND STUDENT PILOT CERTIFICATE

This certifies that (Full name and address):

PAPA ABDOULAYE FALL
YOFF TONGHOR ROUTE DE LOCEAN BP 29011
DAKAR, 14522

Date of Birth	Height	Weight	Hair	Eyes	Sex
08/29/1971	74	171	BLACK	BROWN	M

has met the medical standards prescribed in part 67, Federal Aviation Regulations, for this class of Medical Certificate.

Valid for 12 months following the month examined.

Limitations

Date of Examination	Examiner's Designation No.
05/15/2014	

Signature
Typed Name
PATRICK R. CORREA

AIRMAN'S SIGNATURE

18. Medical History - HAVE YOU EVER IN YOUR LIFE BEEN DIAGNOSED WITH, HAD, OR DO YOU PRESENTLY HAVE ANY OF THE FOLLOWING? Answer "yes" or "no" for every condition listed below. In the EXPLANATIONS box below, you may note "PREVIOUSLY REPORTED, NO CHANGE" only if the explanation of the condition was reported on a previous application for an airman medical certificate and there has been no change in your condition.

Yes	No	Condition	Yes	No	Condition	Yes	No	Condition	Yes	No	Condition
a. ☐	☒	Frequent or severe headaches	g. ☐	☒	Heart or vascular trouble	m. ☐	☒	Mental disorders of any sort; depression, anxiety, etc.	r. ☐	☒	Military medical discharge
b. ☐	☒	Dizziness or fainting spell	h. ☐	☒	High or low blood pressure	n. ☐	☒	Substance dependence or failed a drug test ever; or substance abuse or use of illegal substance in the last 2 years.	s. ☐	☒	Medical rejection by military service
c. ☐	☒	Unconsciousness for any reason	i. ☐	☒	Stomach, liver, or intestinal trouble	o. ☐	☒	Alcohol dependence or abuse	t. ☐	☒	Rejection for life or health insurance
d. ☐	☒	Eye or vision trouble except glasses	j. ☐	☒	Kidney stone or blood in urine	p. ☐	☒	Suicide attempt	u. ☐	☒	Admission to hospital
e. ☐	☒	Hay fever or allergy	k. ☐	☒	Diabetes	q. ☐	☒	Motion sickness requiring medication	x. ☐	☒	Other illness, disability, or surgery
f. ☐	☒	Asthma or lung disease	l. ☐	☒	Neurological disorders; epilepsy, seizures, stroke, paralysis, etc.				y. ☐	☒	Medical disability benefits

Arrest, Conviction, and/or Administrative Action History --- See Instructions Page

v. ☐ ☒ History of (1) any arrest(s) and/or conviction(s) involving driving while intoxicated by, while impaired by, or while under the influence of alcohol or a drug; or (2) history of any arrest(s), and/or conviction(s), and/or administrative action(s) involving an offense(s) which resulted in the denial, suspension, cancellation, or revocation of driving privileges or which resulted in attendance at an educational or a rehabilitation program.

Yes No
w. ☐ ☒ History of nontraffic conviction(s) (misdemeanors or felonies).

Explanations: See Instructions Page

FOR FAA USE
Review Action Codes

19. Visits to Health Professional Within Last 3 Years. ☐ Yes (Explain Below) ☒ No

See Instructions Page

Date	Name, Address, and Type of Health Professional Consulted	Reason

- NOTICE -

Whoever in any matter within the jurisdiction of any department or agency of the United States knowingly and willfully falsifies, conceals or covers up by any trick, scheme, or device a material fact, or who makes any false, fictitious or fraudulent statements or representations, or entry, may be fined up to \$250,000 or imprisoned not more than 5 years, or both. (18 U.S. Code Secs. 1001; 3571).

20. Applicant's National Driver Register and Certifying Declarations

I hereby authorize the National Driver Register (NDR), through a designated State Department of Motor Vehicles, to furnish to the FAA information pertaining to my driving record. This consent constitutes authorization for a single access to the information contained in the NDR to verify information provided in this application. Upon my request, the FAA shall make the information received from the NDR, if any, available for my review and written comment. Authority: 23 U.S. Code 401, Note.

NOTE: ALL persons using this form must sign it. NDR consent, however, does not apply unless this form is used as an application for Medical Certificate or Medical Certificate and Student Pilot Certificate.

I hereby certify that all statements and answers provided by me on this application form are complete and true to the best of my knowledge, and I agree that they are to be considered part of the basis for issuance of any FAA certificate to me. I have also read and understand the Privacy Act statement that accompanies this form.

Signature of Applicant

Date 05/14/2014

NOTE: FAA/Original Copy of the Report of Medical Examination Must be TYPED.

REPORT OF MEDICAL EXAMINATION

21. Height (inches) 74	22. Weight (pounds) 171	23. Statement of Demonstrated Ability (SODA) ☐ Yes ☒ No Defect Noted:		24. SODA Serial Number
CHECK EACH ITEM IN APPROPRIATE COLUMN				
25. Head, face, neck, and scalp	Normal	Abnormal	CHECK EACH ITEM IN APPROPRIATE COLUMN	Normal
26. Nose	X		37. Vascular system (Pulse, amplitude and character; arms, legs, others)	X
27. Sinuses	X		38. Abdomen and viscera (Including hernia)	X
28. Mouth and throat	X		39. Anus (Not including digital examination)	X
29. Ears, general (Internal and external canals; Hearing under item 49)	X		40. Skin	X
30. Ear Drums (Perforation)	X		41. G-U system (Not including pelvic examination)	X
31. Eyes, general (Vision under items 50 to 54)	X		42. Upper and lower extremities (Strength and range of motion)	X
32. Ophthalmoscopic	X		43. Spine, other musculoskeletal	X
33. Pupils (Equality and reaction)	X		44. Identifying body marks, scars, tattoos (Size & location)	X
34. Ocular motility (Associated parallel movement, nystagmus)	X		45. Lymphatics	X
35. Lungs and chest (Not including breast examination)	X		46. Neurologic (Tendon reflexes, equilibrium, senses, cranial nerves, coordination, etc.)	X
36. Heart (Precordial activity, rhythm, sounds, and murmurs)	X		47. Psychiatric (Appearance, behavior, mood, communication, and memory)	X
			48. General systemic	X

NOTES: Describe every abnormality in detail. Enter applicable item number before each comment. Use additional sheets if necessary and attach to this form.

49. Hearing		Record Audiometric Speech Discrimination Score Below		Right Ear					Left Ear						
Conversational Voice Test at 6 Feet ☒ Pass ☐ Fail				Audiometer Threshold in decibels	500	1000	2000	3000	4000	500	1000	2000	3000	4000	
50. Distant Vision				51.a. Near Vision					51.b. Intermediate Vision -- 32 Inches					52. Color Vision	
Right 20/ 20	Corrected to 20/	Right 20/ 20	Corrected to 20/	Right 20/ 20	Corrected to 20/	Right 20/ 20	Corrected to 20/	Right 20/ 20	Corrected to 20/	Left 20/ 20	Corrected to 20/	Left 20/ 20	Corrected to 20/	Both 20/ 20	Corrected to 20/
Left 20/ 20	Corrected to 20/	Left 20/ 20	Corrected to 20/	Left 20/ 20	Corrected to 20/	Left 20/ 20	Corrected to 20/	Left 20/ 20	Corrected to 20/	Both 20/ 20	Corrected to 20/	Both 20/ 20	Corrected to 20/	Both 20/ 20	Corrected to 20/
Both 20/ 20	Corrected to 20/	Both 20/ 20	Corrected to 20/	Both 20/ 20	Corrected to 20/	Both 20/ 20	Corrected to 20/	Both 20/ 20	Corrected to 20/	Both 20/ 20	Corrected to 20/	Both 20/ 20	Corrected to 20/	Both 20/ 20	Corrected to 20/
53. Field of Vision ☒ Normal ☐ Abnormal		54. Heterophoria 20' (in prism diopters)		Esophoria		Exophoria		Right Hyperphoria		Left Hyperphoria					
				0		0		0		0					
55. Blood Pressure (Sitting, mm of Mercury)		56. Pulse (Resting)		57. Urine Test (if abnormal, give results)					58. ECG (Date)						
Systolic Diastolic 13 / 8		90		☒ Normal ☐ Abnormal					Albumin Sugar		MM DD YYYY				
											05/14/2014				

59. Other Tests Given

60. Comments on History and Findings: AME shall comment on all "YES" answers in the Medical History section and for abnormal findings of the examination. (Attach all consultation reports, ECGs, X-rays, etc. to this report before mailing.)

Page 1 has been modified: 4B>>International/Declined to Submit changed from Y to Blank|| Modification comments from AME:4B.INTERNATIONNAL SUBMIT;

FOR FAA USE

Pathology Codes:

Coded By:

Clerical Reject

Significant Medical History ☐ YES ☒ NO **Abnormal Physical Findings** ☐ YES ☒ NO

61. Applicant's Name
PAPA ABDOULAYE FALL

62. Has Been Issued -- ☐ Medical Certificate ☒ Medical & Student Pilot Certificate
☐ No Certificate Issued -- Deferred for Further Evaluation ☐ FAA ATC-Deferred --No Certificate Issued
☐ Has Been Denied --Letter of Denial Issued (Copy Attached)

63. Disqualifying Defects (List by item number)

64. Medical Examiner's Declaration -- I hereby certify that I have personally reviewed the medical history and personally examined the applicant named on this medical examination report. This report with any attachment embodies my findings completely and correctly.

Date of Examination MM DD YYYY 05/15/2014	Aviation Medical Examiner's Name PATRICK R. CORREA	Aviation Medical Examiner's Signature
	Street Address FANN RESIDENCE	
	City DAKAR State Zip Code	AME Serial Number 00773
		AME Telephone 221338242671

Form 8500-8 Continuation Sheet
Applicant Name : PAPA ABDOULAYE FALL
Applicant MID : 200006462980

17.a. Medications (From page 1):

Medication

Previously Reported

Yes No

18. Explanations (From page 1):

19. Visits to Health Professional Within Last 3 Years. (From page 1);

Notes (From page 2):

Other Tests Given (From page 2):

Comments on History and Findings (From page 2):

Page 1 has been modified: 4B>>International/Declined to Submit changed from Y to Blank|| Modification comments from AME:4B.INTERNATIONNAL SUBMIT;

 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	FORMULAIRE	SN-SEC-MED-FORM-03-A	
	CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE	Date d'application : 30/11/2018	Page 1 sur 1

CATEGORIES		
CLASSE 1 ☒	CLASSE 2 ☐	CLASSE 3 ☐

Je soussigné, Docteur :

Dr Patrick CORREA
Médecine Aeronautique
MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N° 3857 - FAA 00773

Titulaire de l'agrément n :

Certifie que M : **PAPA ABDOULAYE FALL**

Né(e) le : 29/08/1971 à DAKAR. Age : 48 ANS

Demeurant : **YOFF TONGHOR**

REPOND (Préciser REPOND ou NE REPOND PAS)

Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des privilèges liés à la Classe spécifiée ci-dessus.

Date de l'examen : 13/09/19

Limite de validité : 31/03/20 Durée de validité : 6 MOIS

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

Signature et cachet


Dr Patrick CORREA
Médecine Aeronautique
MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N° 3857 - FAA 00773

Un navigant doit cesser d'exercer les privilèges de sa licence et des qualifications et autorisations associées dès qu'il est conscient de toute diminution de son aptitude médicale susceptible de nuire à l'exercice en toute sécurité des dits privilèges.

Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passer ce délai le Médecin Evalueur de l'Autorité de l'Aviation Civile ou le Médecin examinateur ne vous contacte pas, sa validité court jusqu'à la date de fin de validité sus-mentionnée.

 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	FORMULAIRE	SN-SEC-PEL-FORM-12-A	
	DECLARATION D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE	Date d'application : 20/06/2016	Page 1 sur 1

CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE

Catégorie	
Classe 1	☒
Classe 2	☐
Classe 3	☐

Je soussigné, Docteur :

Titulaire de l'agrément n :

Dr Patrick CORREA
Médecine Aeronautique
MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N°3857.

Certifie que MPAPA ABDOULAYE FALL.....

Né(e) le :29/08/1971. à...DAKAR.....

Demeurant : ...YOFF TONGHOR.....

REPOND (Préciser REPOND ou NE REPOND PAS)

Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des privilèges liés à la classe spécifiée ci-dessus.

Date de l'examen : 12/03/19

Limite de validité : 30/09/2019

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

.....

Signature et cachet

Dr Patrick CORREA
Médecine Aeronautique
MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N°3857.

MEDICAL CERTIFICATE FIRST CLASS

This certifies that (Full name and address):

PAPA ABDOULAYE FALL
YOFF TONGHOR ROUTE DE LOCEAN BP 29011
DAKAR 14522 Senegal

Date of Birth	Height	Weight	Hair	Eyes	Sex
08/29/1971	73	178	BLACK	BROWN	M

has met the medical standards prescribed in part 67, Federal Aviation Regulations, for this class of Medical Certificate.

Limitations

Valid for 6 months following the month examined.

Date of Examination
03/12/2019

Examiner's Designation No.
000000773

Signature

Typed Name

PATRICK R. CORREA

AIRMAN'S SIGNATURE

Applicant ID: 2001173699

Control No.: 200008591747

FAA Form 8500-9

(3-12) Supersedes Previous Edition

NSN: 0052-00-670-7002

(Cut on dashed line)

CONDITIONS OF ISSUE

The holder of this certificate must:

- Have it in his or her personal possession at all times while exercising privileges of an airman certificate. (14CFR § 61.3)
- Understand that the issuance of a medical certificate by an Aviation Medical Examiner may be reversed by the FAA within 60 days. (14CFR § 67.407)
- Comply with validity standards specified for first-, second-, and third-class medical certificates. (14CFR § 61.23)
- Comply with any statement of functional, operational, and/or time limitation issued as a condition of certification. (14CFR § 67.401)
- Comply with the standards relating to prohibitions on operation during medical deficiency. (14CFR §§ 61.53, 63.19, and 65.49)

For International Operations Only: Some holders may be affected by certain international medical standards. Consult the U.S. Aeronautical Information Publication for U.S. differences with ICAO Annex 1 medical standards.



AEROSPACE MEDICAL CERTIFICATION DIVISION, AAM - 300
FAA Civil Aerospace Medical Institute
Mike Monroney Aeronautical Center
P.O. Box 26080
Oklahoma City, OK 73125-9914

PAPA ABDOULAYE FALL
YOFF TONGHOR ROUTE DE LOCEAN BP 29011
DAKAR 14522 Senegal

Dear Airman:

Above is your new medical certificate. It supersedes any previous one you may have been issued.

To validate this certificate, it is necessary that you sign it in the space provided (Airman's Signature).

This certificate must be in your possession at all times while exercising your pilot privileges.