

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

(1) Pays EASA de délivrance de licence :		(2) Certificat médical sollicité		Classe 1 ☐	Classe 2 ☒	PNC ☐
(3) Nom : AFIF		(4) Nom de jeune fille		(12)		
(5) Prénoms : WILLIAM		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 03/06/64	(7) Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐	(13)		
(8) Lieu et pays de naissance : NOGARO / FRANCE		(9) Nationalité : FRANCAISE		(14) Type de licence désirée :		
(10) Adresse permanente : Almugres / NOGARO		(11) Adresse postale : (si différente) 10 AVENUE PASTEUR BP 6288 SENEGAL		(15) Profession (principale) : Pam / NATIONS-UNIES		
Pays : SENEGAL N° de téléphone : 220 974 80				(16) Employeur : Pam		
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types : SEP TENESTAR Numéro de licence : E-LPA 00302057 Pays de délivrance : FRANCE				(17) Dernier examen médical : Date : 3/10/18 Lieu : SENEGAL		
				(19) Conditions, limitations, dérogations : Non ☒ Oui ☐ détails :		
(20) Vous a-t-on refusé, suspendu ou retiré un certificat médical d'aptitude au vol ? Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu :		(21) Nombre total d'heures de vol : 292h		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 10h05		
Détails :		(23) Types d'avions actuellement utilisés : PA 28				
(24) Accidents aériens ou incidents de vol depuis le dernier examen médical ? Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu :		(25) Type de vol envisagé : VFR				
Détails :		(26) Activité aérienne actuelle : Pilote seul ☒ Equipage multipilotes ☐				
(27) Alcool - Consommation journalière moyenne : 2 verres VIN		(28) Faites vous habituellement usage de médicaments ? Non ☒ Oui ☐				
(29) Etes vous fumeur ? Oui ☐ Non jamais ☒ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt :		(28) Nature et dose du médicament / début de l'utilisation / motif :				

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
☐	☒	☐	☒	☐	☒	Pour les femmes seulement	
☒	☐	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☒	☐	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☒	☐	Antécédents familiaux	
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐							

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : ATTE	Prénoms : William	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 03/06/64	Lieu de naissance : Nogaro / France
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☒ Approfondi ☐ Renouvellement ou Revalidation ☐ Recours spécial	(202) Taille 1.72 cm	(203) Poids 72 kg	(204) Yeux couleur VERT
		(205) Cheveux couleur NOIR	(206) Tension artérielle (assis) mmHG Systolique 130 Diastolique 70
			(207) Pouls au repos Pulsations/min 70 Rythme R.

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	☒	☐
(209) Bouche, gorge, dents	☒	☐
(210) Nez, sinus	☒	☐
(211) Oreilles, tympans, complaisance tympanique	☒	☐
(212) Yeux - orbites et annexes, champs visuels	☒	☐
(213) Yeux - pupilles	☒	☐
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	☒	☐
(215) Poumons, thorax, seins	☒	☐
(216) Cœur	☒	☐
(217) Système vasculaire	☒	☐
(218) Abdomen, hernie, foie, rate	☒	☐
(219) Anus, rectum (si nécessaire)	☒	☐
(220) système génito-urinaire	☒	☐
(221) Système endocrinien, thyroïde	☒	☐
(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	☒	☐
(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	☒	☐
(224) Neurologie - réflexes etc	☒	☐
(225) Psychiatrie	☒	☐
(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	☒	☐
(227) Etat général	☒	☐
(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire 226: Tabacage. -> 15%		

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

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)	Lunettes/Contact
Œil droit sans correction	Corrigée à 09
Œil gauche sans correction	Corrigée à 09
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à 09

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

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

(232) Lunettes	(233) Lentilles de contact
Oui ☒ Non ☐	Oui ☒ Non ☐
Type : /	Type :

Réfraction éventuelle	OD	OG
-----------------------	----	----

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

(si 241 pas fait)	Oreille droite	Oreille gauche
Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné à l'examineur	Oui ☒ Non ☐	Oui ☒ Non ☐

Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	5000
Oreille droite	15	20	20	15	20	20
Oreille gauche	20	20	15	15	20	20

(235) Analyse d'urine	Normale ☒	Anormale ☐
Glucose	Albumine	Sang
0	0	0
Autres		

(236) Fonction respiratoire - (peak flow) -	(237) Hémoglobine
150 (l/min)	14,5 (g/dl)
Normale ☐ Anormale ☐	Normale ☐ Anormale ☐

Rapports annexés

Date	normal	anormal
(238) ECG	☒	☐
(239) Audiogramme	☐	☐
(240) Examen Ophtalmologique	☐	☐
(241) Examen ORL	☐	☐
(242) RX Thorax	☐	☐
(243) Lipides sanguins	☐	☐
(244) Fonction respiratoire	☐	☐
(245) Electro-encéphalogramme	☐	☐
Autres		

(246) Perception des couleurs

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées 6	Nombre d'erreurs 0

(247) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale et sa proposition d'aptitude (NE S'APPLIQUE PAS A UNE APTITUDE CLASSE 2)

--	--

(247 bis) Décision du médecin-chef ou du médecin agréé

APTE ☒ INAPTE ☐	Restriction : (à apporter sur le certificat d'aptitude) - Port obligatoire d'une protection optique (-Lunettes de secours en cabine) - Durée de validité limitée à ... - Vol de jour uniquement
	> 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 ☒ PNC ☐

(248) Commentaires, restrictions, limitations :

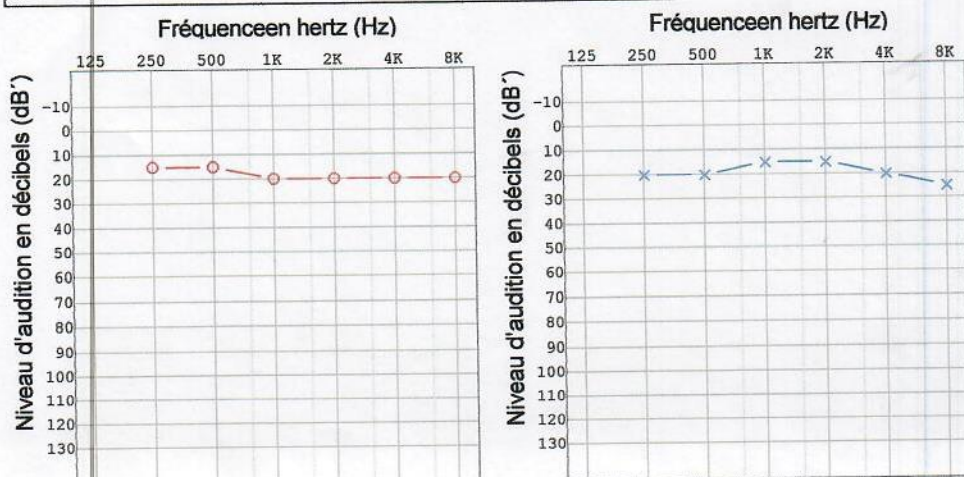
08/09/19 = 1,55.

(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) Lieu et date : Dakar 17-09-19.	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature Dr Patrick CORREA Médecine Aeronautique N° 004/ANACS/DTA/08 08/09/19
---	--	---

Nom patient: AFFIF, William
Patient #: 0001109
Date de naissance: 03/06/1966
Date d'évaluation: 23/08/2019

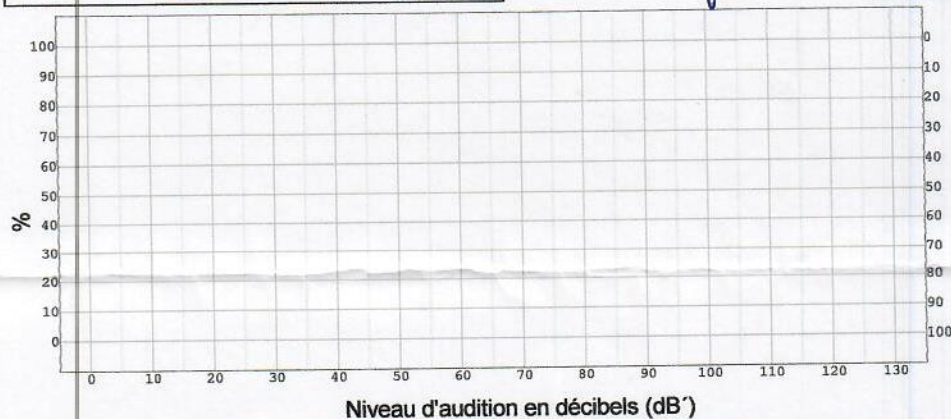


Légende			
	D	Binaural	G
CA	○		×
Non masqué			
CA	△		□
Masqué			
CO	<	^	>
Non masqué			
CO	[		]
Masqué			
MCL	M	M	M
UCL	m	m	m
SA	∅	S	×
Sans aide			
SAapp1	A ₁	A ₂	A ₃
Appareillé			

		Niveau de masage effectif										
Non-test Oreille		125	250	500	750	1000	1500	2000	3000	4000	6000	8000
CA	G											
	D											
CO	G											
	D											

Parole Notes	
Marque/modèle	
Date de calibrage	
Fiabilité du test	
Commentaires	
User Defined 1	
User Defined 2	

Ton pur Notes	
Marque/modèle	
Date de calibrage	
Méthode de test	
Fiabilité du test	
Commentaires	
User Defined 1	
User Defined 2	



Légende		
D	Binaural	G

Commentaires sur le rapport

OTOSCOPIE NORMALE.

Signature: Pas de Surolité

Date: _____

Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence	
SE FRANCE	
Numéro de certificat / Certificate number	
013.	
Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder	
IFFIF William	
/ Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)	
03 - Juin - 1966	
Nationalité / Nationality	
Française	
Signature du titulaire / Signature of holder	

II Certificat médical de Classe 2	
Class 2 medical certificate	
IX Date d'expiration du certificat médical pour (JJ/MM/AAAA) / Expiry date of this certificate for (DD/MM/YYYY)	
31-05-2019	
Classe 2 / Class 2	
LAPL / LAPL	

XIII Limitations / Limitations	
Code - Description / Code - Description	
Conc. Av. Optique.	
X Date de délivrance / Date of issue	
3-05-2018	
Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor	
[Signature]	
XI Cachet / Stamp	
[Stamp: Docteur M. J. Gomis 144 Rue J. Gomis DAUVR]	

Date de l'examen médical / Date of medical examination	
3-05-2018	
Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram	
Juin 2014	
Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram	
05-2018	

XII	Qualifications (Ratings)	Pour les qualifications de type/classe, préciser si l'épreuve contient une partie IPR/IR	Date de l'épreuve (Date of test)	Valide jusqu'au (Valid until)	Autorisation d'examineur n° (Examiner authorisation n°)	Signature de l'examineur ou visa de l'Autorité (Examiner signature or seal of Authority)	Liste des abréviations (List of abbreviations)	
	SEP TERRESTRE	—	29/12/2009	31/12/2011	FEA 0025146	DSAC BUD Bureau Licences	PPL	Licence de pilote privé (Private Pilot Licence)
	SEP TERRESTRE	—	22/12/2011	31/12/2013	FEA 00021330	TISSERAND OLIVIER Tisserand O. J. L.	CPL	Licence de pilote professionnel (Commercial Pilot Licence)
	SEP TERRESTRE	—	24/12/2013	31/12/2015	F-FA 00021330	TISSERAND OLIVIER	ATPL	Licence de pilote de ligne (Airline Transport Pilot Licence)
	SEP TERRESTRE	—	20/02/2015	31/12/2017	F-FA 00021330	A18748 TISSERAND OLIVIER	(A)	Avion (Aeroplane)
	SEP TERRESTRE	—	24/12/17	31/12/19	F-FA 00025434	AM9955	RT	Radiotéléphonie (Radio Telephony)
							SE	Monomoteur (Single-engine)
							ME	Multimoteur (Multi-engine)
							SP	Monopilote (Single-pilot)
							MP	Multipilote (Multi-pilot)
							Classe	Se reporter à la liste fixée par instruction (See regulation list)
							Type	Se reporter à la liste fixée par instruction (See regulation list)
							IR	Qualification de vol aux instruments (Instrument Rating)
							CP	Copilote (Co-Pilot)
							RPPL	Restreint aux privilèges de pilote privé (As private pilot only)
							FI	Instructeur de vol (Flight Instructor)
							CRI	Instructeur de qualification de classe (Class Rating Instructor)
							TRI	Instructeur de qualification de type (Type Rating Instructor)
							IRI	Instructeur de vol aux instruments (Instrument Rating Instructor)
							FE	Examineur de vol (Flight Examiner)
							CRE	Examineur de qualification de classe (Class Rating Examiner)
							TRE	Examineur de qualification de type (Type Rating Examiner)
							IRE	Examineur de vol aux instruments (Instrument Rating Examiner)
							SFE	Examineur sur entraîneur de vol synthétique (Synthetic Flight Examiner)
							FIE	Examineur d'instructeur de vol (Flight Instructor Examiner)