Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

dgac
DSAC

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - **SECRET MEDICAL**

(1) Pays de délivrance de licence : FRANCE

(13) N° référence:

(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☑ Classe 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA ☐

(3) Nom : DEROUICHE

(4) Nom de naissance

(12) Genre sollicité ☐ initial ☑ renouvellement/prorogation

(5) Prénom(s) : MOHAMED

(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 23/09/1982

(7) Sexe : Masculin ☑ Féminin ☐

(14) Type de licence désirée : ATPL

(15) Profession (principale) : PILOTE DE LIGNE

(8) Lieu et pays de naissance : TUNIS 23/09/1982

(9) Nationalité :

(16) Employeur :

(10) Adresse permanente : 5 AV ALI BEL LAOUEN LA MARSA

Pays : TUNISIE

N° de téléphone : +21620212020

Courriel : derouiche.mo@Gmail.com

(11) Adresse postale : (si différente)

Pays :

N° de téléphone :

(17) Dernier examen médical :

Date : 30/06/2020

Lieu : UK

(18) Licence(s) de vol possédée(s)

types	Numéro de licence	Pays de délivrance
ATPL	FCLAA 250041	FRANCE

(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ☑ Oui ☐ détails :

(21) Nombre total d'heures de vol : 7300 hrs

(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 100 hrs

(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:

Détails :

(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : A 320

(25) Type de vol envisagé :

(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☑ Oui ☐ Date : Lieu:

Détails :

(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:

(27) Consommez vous de l'alcool ? Non ☑ Oui ☐ consommation journalière unités

(29) Consommez vous du tabac ?

Non jamais ☑ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt : 2018

Oui ☐ type et quantité :

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	☐	☑	**Antécédents familiaux**		
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	☐	☑	(113) Traumatismes crânien ou commotion	☐	☑	(124) Test VIH positif	☐	☑	(170) Affection cardiaque	☐	☑
			(114) Maux de tête fréquents ou graves	☐	☑	(125) Maladie sexuellement transmissible	☐	☑	(171) Hypertension artérielle	☐	☑
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	☐	☑	(115) Accès de vertige/évanouissement	☐	☑	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	☐	☑	(172) Taux élevé de cholestérol	☐	☑
(104) Allergie ou rhume des foins	☐	☑	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	☐	☑	(127) Maladie musculaire ou squelettique	☐	☑	(173) Epilepsie	☐	☑
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	☐	☑	(117) Affection neurologique : AVC, epilepsie, convulsions, paralysie, etc...	☐	☑	(128) Toute autre maladie ou blessure	☐	☑	(174) Maladie mentale/suicide	☐	☑
									(175) Diabète	☐	☑
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	☐	☑	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	☐	☑	(129) Hospitalisation	☐	☑	(176) Tuberculose	☐	☑
						(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	☐	☑	(177) Allergie/asthme/eczéma	☐	☑
(107) Tension artérielle élevée ou basse	☐	☑	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	☐	☑	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	☐	☑	(178) Maladie héréditaire	☐	☑
									(179) Glaucome	☐	☑
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	☐	☑	(120) Tentative de suicide ou automutilation	☐	☑	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	☐	☑	**A remplir uniquement pour les femmes**		
(109) Diabète ou désordre hormonal	☐	☑							(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	☐	☐
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	☐	☑	(121) Mal des transports nécessitant médication	☐	☑	(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	☐	☑			
(111) Surdité ou maladie des oreilles	☐	☑	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	☐	☑	(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	☐	☑	(151) Etes-vous enceinte ?	☐	☐

(30) **Remarques :**

Appendicite dans enfce. opé = RAS.
2017 : opé hernie ombilicale.

(31) Déclaration : Je soussigné(e), 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 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 À 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 AME ainsi qu'aux professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une évaluation aéro 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 AME 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 États membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (e) (4).

Date : LE 17/06/2021

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

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

République Française — Liberté • Égalité • Fraternité — dgac — DSAC

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - **SECRET MEDICAL**

NOM : DEROUICHE	Prénoms : MOHAMED	Date de naissance (JJ/MM/AAAA): Lieu de naissance : 23/09/1982

(201) Catégorie d'examen	(202) Taille	(203) Poids	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique	Diastolique	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm)	Rythme
☐ Initial ☒ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	182 cm	85 kg	Marron	Marron	130	70	70	☐ régulier ☐ irrégulier

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	☒	☐
(209) Cavité bucale, gorge, dents	☒	☐
(210) Nez, sinus	☒	☐
(211) Oreilles, tympans, compliance 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) Examen neurologique- 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

OPL. A320 en cours recrutement - Compagnie Air Senegal / Validation licence - Activité ant. Compagnie aérienne - sans incident. Père Pilote. Séparé (1an + demi) divorce en cours - 1 fille = Ø PNT = RAS. 39 ans.

Tabac = arrêt. 2 ans. Alco = Ø. THF = Ø. Sport = 3-4x/sem

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)
(229) (de loin à (5m/6m en **dixième**)

			Lunettes/Contact	
Œil droit sans correction	10	Corrigée à		
Œil gauche sans correction	10	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à		

(230) **Vision Intermédiaire** N14 lu à 100cm

	sans correction Oui	Non	avec correction Oui	Non
Œil droit	☒	☐	☐	☐
Œil gauche	☒	☐	☐	☐
Vision binoculaire	☒	☐	☐	☐

(231) **de près** N5 lu à 30 - 50cm

	sans correction Oui	Non	avec correction 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
Œil droit				
Œil gauche				

(313) **Perception des couleurs** Normale ☒ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques	20	Type I S H I H A R A	
Nombre de tables présentées		Nombre d'erreurs	0

(234) **Audition** (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)
(si 239/241 non réalisé)

	Oreille droite	Oreille gauche
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur	Oui ☒ Non ☐	Oui ☒ 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)	15,8 (g/dl)
Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☒ Anormal ☐

Glycémie : 1,08 mg/l

(235) **Analyse d'urine** Normale ☒ Anormale ☐

Glucose	Protéines	Sang	Autres
0	0	0	

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	☐	17-06-21	☒	☐
(239) Audiogramme	☐		☐	☐
(240) Examen Ophtalmologique	☐		☐	☐
(241) Examen ORL	☐	17-06-21	☒	☐
(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 : Signature :
Apte	Dr Patrick CORREA Médecine Aéronautique MD/004/ANACS/DA.108 DGAC N° 380 - 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° .... du ....
Libellé :

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

(248) **Commentaires, limitations :**

Apte classe 1 → 30-06-2022

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

Je soussigne 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 : et lieu:	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:
17-06-21	Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL Fax: Telephone: E-mail:	Numéro d'AME:

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

FRANCE

II Numéro de certificat / *Certificate number*

FRA-FCL-00259041

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

DEROUICHE
Mohamed

(IV Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / *Date of birth (DD/MM/YYYY)*

23/09/1982

/I Nationalité / *Nationality*

/II 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)*

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

30 JUN 2022

Classe 1, autres exploitations commerciales /
Class 1 other commercial operations

30 JUN 2022

Classe 2 / *Class 2*

23 SEPT 2024

LAPL / *LAPL*

XIII Limitations / *Limitations*
Code - Description / *Code - Description*

X Date de délivrance / *Date of issue*

18 JUN 2021

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

XI Cachet / *Stamp*

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

Date de l'examen médical /
Date of medical examination

17 JUN 2021

Date du dernier électrocardiogramme /
Date of last electrocardiogram

17 JUN 2021

Date du dernier audiogramme /
Date of last audiogram

17 JUN 2021

هذا الجواز صالح للسفر الى كافة البلدان

CE PASSEPORT EST VALABLE POUR TOUS PAYS

THIS PASSPORT IS VALID FOR ALL COUNTRIES

3

REPUBLIC OF TUNISIA

الجمهورية التونسية

Type/النوع: P

Code of Issuing State/رمز القطر: TUN

Passport N°/رقم جواز السفر: Y519081

جواز سفر

PASSPORT

Surname: DEROUICHE

Given names: MOHAMED

Nationality/الجنسية: TUNISIAN/تونسية

Date of birth/تاريخ الولادة: 23-09-1982

Sex/الجنس: M/ذكر

Place of birth/مكان الولادة: TUNIS/تونس

Date of issue/تاريخ الإصدار: 30-04-2018

Date of expiry/تاريخ الإنتهاء: 29-04-2023

الاسم و اللقب: محمد بن حمدي الدرويش

Identity N°/الرقم الوطني: 08332788

الصفة: قائد طائرة

العنوان: الدوحة

Issuing Authority/جهة الإصدار: DOHA/الدوحة

Holder's Signature/إمضاء صاحب الجواز

P<TUNDEROUICHE<<MOHAMED<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<

Y519081<<2TUN8209234M2304296083327885204<08