

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

| (1) Pays de délivrance de licence : | | | (13) N° référence: | _ | | | | | | - | | | | |
|---|---------------|------------------|--|-------------------|---|--|--|--|--|-------------------|----------------------|--|-----------------------|--|
| FRANCE | | | | | | | Classe 1 Classe 2 LAPL PNC/CCA | | | | | | | |
| (3) Nom: (4) Nom de naissance | | | | | | (12) Genre sollicité initial | | | | | | | | |
| (5) Prénom(s): (6) Date de naissance (7) Sexe : | | | | | | Tenouvellement/prorogation | | | | | | | | |
| | (JJ/MM/AAAA) | N | Иa | isci | ulin 🛂 | (14) Type de licence désirée : | | | | | | | | |
| (8) Lieu et pays de naissance : | | | 23/09/1882 Féminin [| | | | (13) Molession (principale): PILOTE DE LIGNE | | | | | | | |
| | TUNISIEMME | | | | (16) Employeur: AIR SEMEGAL SA (17) Dernier examen médical: | | | | | | | | | |
| (10) Adresse permanente: 5 AV 9Li BELAHOU | F | A) | (11) Adresse postale : (si différe | nte) | | | | (17) Dernier exa | men médica | 1: | | | | |
| 2070 LA MAIRS | A | | | | | | | Date: 08 | AKAR | Z | 02 | | | |
| 20 70 LA MAIRS N° de téléphone : + 216 202 | E | 201 | Pays: | | | | | D | HKAK | | | | | |
| Courriel: + 216 202 | 120 | | N° de téléphone : | | | | | (19) Conditions, Non | limitations Oui | | | | | |
| (18) Licence(s) de vol possédée(s) types | | ıméı | o de licence Pays d | o dá | 1;, | mos | 200 | | | | | | | |
| | 20. | fc | LAAQ 5004 FRA | | | | | (21) Nombra tota | d'hourag | la | (22 |) Nombre d'harren da er l | . 1 | |
| | | | | | | (21) Nombre total d'heures de vol : (22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : | | | | | | 2 | | |
| (20) Est ce qu'une autorité aéronau | itiqu | e a r | efusé de vous délivrer un certifica | at m | ćd | lica | al. | (23) Classe/Type | e(s) d'aérone | ef ac | tuelle | ement utilisé(s): | | |
| prononcé une décision de retrait ou Non 🔼 Oui 🔲 Dat | de s | susp | ension de celui-ci ? | | - | | , | (23) Classer Type | (s) a acrone | ı ac | tuen | ement utilise(s). | | |
| Détails : | ie: | | Lieu: | | | | | P : | 320 | | | | | |
| | | | | | | | | (25) Type de vol | envisagé : | | - | OP | | |
| (24) Accidents aériens ou incidents Non Dui Dat | de ' | vol r | eportés depuis le dernier examen Lieu: | méc | lic | al ' | ? | (26) Activité aéri | ienne actuel | le : 1 | Mond | ppilote Multipilote | | / |
| Détails : | ie. | | Lieu: | | | | | (28) Prenez vous | actuellemen | nt do | s mć | dicaments? Non |)ui | |
| | | | | | | | | Nature et dose di | i medicamei | nt, d | cpuis | s quand est il pris et pourquoi: | | |
| (27) Consommez vous de l'alcool | ? No | n 🕏 | Oui consommation journ | alièi | re | | unités | | | | | | | |
| (29) Consommez vous du tabac? Non jamais Non actu | uelle | men | t Date de l'arrêt : | | | | | | | | | | | |
| Oui utype et quantité: | | | | | | | | | | | | | | |
| Antécédents généraux et médicau A chaque question répondez en co | x : a ocha | vez nt O | vous des antécédents connus d' UI ou NON (ou selon ce qui es | une t ind | de lio | es r | maladie E). Déta | es suivantes ? villez dans la rubr | iaue « (30) | ren | araı | 168 // | | |
| | | Non | | Oui | | lon | | 1 | | | Non | / | Oui | Non |
| (101) Maladie ou opération oculaire | | 9 | (112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage | | E | | (123) F tropica | Paludisme, autre m | aladic | | E | Antécédents familiau | IX | |
| (102) Avez-vous porté ou portez | | | (113) Traumatismes crânien ou | | 1 | | / | 4) Test VIH positif 5) Maladie sexuellement | | | 122 | (170) Affection cardiaque | In | |
| vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact | | | 60mmotion (114) Maux de tête fréquents | | | | (125) N | | | | | | + | |
| 103) Modifications dans la | | - | ou graves | 닏 | lia | | transm | | | Ц | | (171) Hypertension artérielle | | |
| prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen | | ₽ | (115) Accès de vertige/évanouissement | | | | uu soin | | | | Ø | (172) Taux élevé de cholestérol | | U/ |
| (104) Allergie ou rhume des foins | | | (116) Perte de conscience quel que soit le motif | | E | 3 | (127) N squelet | Maladie musculaire ttique | e ou | | | (173) Epilepsie | | |
| (105) Asthme ou maladie | | U | (117) Affection neurologique : AVC, epilepsie, convulsions, | | U | 4 | (128) T | Toute autre maladie ou | | | 177 | (174) Maladie mentale/suicide | | |
| pulmonaire | | | paralysie, etc | | | | blessur | ure | | | | (175) Diabète | | U |
| (106) Maladie du cœur ou des | | | (118) Troubles psychologiques psychiatrique de toute nature | | | | | Hospitalisation | | | | (176) Tuberculose | | |
| vaisseaux | | | - psychiatrique de toute natur | | | | | Recours à un médecin depuis nier examen médical | | | 4 | (177) Allergie/asthme/eczéma | | 1 |
| (107) Tension artérielle élevée ou | | P | (119) Traitement pour abus | | 1 | a | (131) | Assurance vie refu | | | DV. | (178) Maladic héréditaire | | P |
| basse (108) Calcul rénal ou sang dans | | | d'alcool ou de drogue | F | + | + | motif | médical | | Ħ | | (179) Glaucome A remplir uniquement po | | es |
| les urines | | | (120) Tentative de suicide ou | | I | 4 | (132) 1 | Refus de licence de | vol pour | | W | femmes | | |
| (109) Diabète ou désordre hormonal | | | automutilation | | 1 | | motif | médical | | | | (150) Affection(s) | | _ |
| (110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins | | | (421) Mal des transports nécessitant médication | | 0 | | | | empté ou réformé du national pour motif médical | | Ø | gynécologique, problèmes de menstruation | | |
| (111) Surdité ou maladie des oreilles | | | (122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines | | C | | | Pension ou indemn lessure ou maladie | | | | (151) Etes-vous enceinte? | | |
| (30) Remarques: Appendled & HO | ep | , e` | dans enfour - | -(5 | ₹ | B | | | | | | | | |
| (31) Déclaration : Je soussigné(e), déclare avoir répond déclaration ou erreur l'autorité de licence pout | iu de f | açon si | neère aux questions qui m'ont été posées lors du pr | résent | exa | men | et ne pas a | avoir connaissance de trou ole | es de mon état de | santé | autres q | ue ceux que j'ai signalés. Je comprends qu'en | cas de | fausse |
| MALORITOR OF CIPIE LAMORRA do Leoneo and | IATION | NS MÉ | tout certificat médical déjà accordé ou refus DICALES: En cas de nécessité, j'autorise la transm n aéro médicale ou dans le cadre d'un recours. En re- | ission connai: | de | ce ra | apport et de re ces docum | ses annexes, dans le respect ments ou données stockées él | du secret médical, ectroniquement do | au mé | decin é tre utili | valuateur de l'autorité compétente de mon AMI sés pour compléter une évaluation médicale et c | i ainsi d leviendi | qu'aux ront et |
| CONSENTEMENT A LA PUBLICATION D'INFORM professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir i | une év | | | iédecir | 1 | puiss | va u nua | ir nacha conformánan | à la législation | nat | onaic. | Le secrei medicai sera respecte a te | out me | oment. |
| CONSENTEMENT A LA PUBLICATION D'INFORM professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir resteront la propriété de l'autorité qui délivre NOTIFICATION DE DIVULGATION DE DONNEES I | PERSC | NNEL | LES: Je déclare par la présente que j'ai été informé o | et que i | e co | ompi | rends que le | es données contenues dans inc | on certificat médica | l selor | LARA | .MED.130 peuvent être stockées électroniquem | ent et m | us a la |
| CONSENTEMENT A LA PUBLICATION D'INFORM professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir resteront la propriété de l'autorité qui délivre NOTIFICATION DE DIVULGATION DE DONNIES disposition de mon AME afin de fournir les donnée | PERSC | NNEL | e, a condition que moi-meme ou mon in LES: Je déclare par la présente que j'ai été informé e requises dans le MED.A.035 (b) (2) (ii) / (iii) | ainsi | qu' | ompi 'aux | rends que le assesseurs | es données contenues dans inc | on certificat médica mpétentes des Éta | l selor its me | nbres | MED.130 peuvent être stockées électroniquem afin de faciliter l'application de l'ARA MED | ent et m | a la (4). |
| CONSENTEMENT A LA PUBLICATION D'INFORM professionnels de santé pertinents dans le but d'oblemir resteront la propriée de l'autorité qui délivre NOTIFICATION DE DIVULGATION DE DONNIES. disposition de mon AME afin de fournir les donnée Date: | PERSO | ONNEL oriques | LES: Je déclare par la présente que j'ai été informé c requises dans le MED.A.035 (b) (2) (ii) / (iii) | ainsi | qu' | ompi 'aux | rends que le assesseurs | es données contenues dans inc | on certificat médica mpétentes des Éta | l selor its me | nbres | .MED.130 peuvent être stockées électroniquem | ent et m | iis a la |
| CONSENTEMENT A LA PUBLICATION D'INFORM professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir resteront la propriété de l'autorité qui délivre NOTIFICATION DE DIVULGATION DE DONNIES disposition de mon AME afin de fournir les donnée | PERSO | ONNEL oriques | LES: Je déclare par la présente que j'ai été informé c requises dans le MED.A.035 (b) (2) (ii) / (iii) | ainsi | qu' | ompi 'aux | rends que le assesseurs | es données contenues dans inc | on certificat médica mpétentes des Éta | l selor its me | nbres | MED.130 peuvent être stockées électroniquem afin de faciliter l'application de l'ARA MED | ent et m | ns a la 2) (4). |



RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

| RÉPUBLIQUE FRANÇAISE POUR REMPLIR CET | TE PAG | E UTILIS | SER DES LET | TRES MAJUS | CULES - SE | CRET ME | DICAL |
|--|-------------|---------------|-----------------------------------|---|-----------------------|----------------------------|----------------------------------|
| NOM: DEROVICHE Prénoms: | | | Dato | de naissance de naissance | (JJ/MM/AAAA): | 23/09 | 11382 |
| (201) Catégorie d'examen (202) Taille (203) Poids ☐ Initial | (204) coul | | (205) Cheveux couleur | (206) Tension ar | | (207) Pouls a | au repos |
| ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial | 13/20 | UN | CHATAIN | Systolique | Diastolique | Pulsations | Rythme régulier irrégulier |
| Examen clinique : Cochez chaque item | normal | anorma | | | | normal | anormal |
| (208) Tête, face, cou, cuir chevelu | V | | (218) Abdome | en, hernie, foie, rat | te | iioiiiai | |
| (209) Cavité bucale, gorge, dents (210) Nez, sinus | 2 | | | ectum (si nécessai e génito-urinaire | re) | | |
| (211) Oreilles, tympans, compliance tympanique | B | | (221) Système | e endocrinien, thy | roïde | | |
| (212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels | | | (222) Membre articulations | es supérieurs et in | férieurs, | 8 | |
| (213) Yeux – pupilles | A | | | vertébrale et app | areil | | |
| (214) Yeux – mobilité oculaire, nystagmus | <u> </u> | | musculosquel | ettique n neurologique- réf | | 0 | |
| (215) Poumons, thorax, seins | a | | (225) Psychia | trie | | 0 | |
| (216) Cœur | Ď | | (226) Peau, m | narque d'identificat | tion, syst. | 4 | |
| (217) Système vasculaire | Z | | (227) Etat gán | néral | | T D | |
| (228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Repo | rtez le nun | néro de l'ite | em avant chaque | commentaire | | | |
| (228) Notes: Décrivez chaque anomalie constatée. Repo OPL. Pin Squeycul St Divencé Leuft. | | y ou | 10. | | | A Span | 000= ± le=00. 1=00. |
| Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens ap | | | (235) Analyse d | | Normale 🔯 | And | ormale 🗌 |
| (229) (de loin à (5m/6m en dixième) CEil droit sans correction Corrigée à | Lunettes/0 | ontact | Glucose 5 | Protéines 🖒 | Sang | d Au | ıtres |
| Œil gauche sans correction Corrigée à | | | Rapports anno | exés | Non réalisé | Date r | normal anorma |
| Vision binoculaire, sans correction | | | (238) ECG | | □ 24· | 05-9099 | |
| (230) Vision Intermédiaire sans correction N14 lu à 100cm Oui Non | Oui Oui | Non | (239) Audiogra | mme Ophtalmologique | | | |
| Œil droit | | | (241) Examen | ORL | | | |
| CEil gauche Vision binoculaire | | | (242) Lipides s (243) Fonction | anguins | | | |
| (231) de près sans correction | avec corre | oction | (320) Tonométrie | | nHg 🔲 | | $\mathbb{R} + \mathbb{R}$ |
| N5 lu à 30 - 50cm Oui Non | | Non | (244) Divers(St | | | | |
| CEil droit CEil gauche | | | (247 bis) Nom e | t signature du m | édecin examin | ateur de méd | lecine |
| Vision binoculaire | | ₽ , | | 'AeMC et sa pro | | itude | |
| (232) Lunettes (233) Lentilles | de contac | t | Avis: | . 1- | Nom : | Datrick CAR | EER) |
| _ Oui | Non [| | | Anle | Signature : | Patrick Conduction Agrandu | tique |
| Type : Type : Réfraction Sph Cylindre Axe | Ajou | ter | | "// " | | | |
| Œil droit | | | | V | DG | AC Nº 3857 - FAA | MALIA |
| (213) Percentian des souleurs | | | (247) Décision o | du médecin-chef | de l'AeMC ou | du médecin a | gréé |
| (313) Perception des couleurs Normale A- Tables pseudo-isochromatiques Type I S H I H A | Anorm | ale 🔟 | APTE pour l | la classe: | | | |
| Nombre de tables présentées | | | | al délivré par le soussi | gné (copie jointe) pe | our la classe: | |
| (234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens app | | | ☐ INAPTE pou | | | | |
| (si 239/241 non réalisé) Oreille droite | Oreille gau | iche | le destinataire | ne évaluation comp | olementaire, dans | s l'affirmative, in | idiquer: |
| Tests de Voix de conversation perçue a 2m le dos tourné vers l'examinateur Non | | 21 ~ | le motif : | | | | |
| Audiométrie éventuelle | Non | | io mour. | | | | |
| | 4000 6 | 000 | ➤ Renvoi/concertation | | | | |
| Oreille droite | | | | prise antérieurement pa er sur le certificat d'aptit | | | et le libellé |
| Oreille gauche | 115 | | Décision N° | ······ | | | |
| (236) Fonction respiratoire (237) VEMS/CV % Peak Flow (I/min) | Hémoglo | g/dl) | Libellé : | | | | |
| | al Anorr | | Champ d'appli | ication CLASS | E 1 CLASSE | 2 LAPL | PNC/CCA |
| CPL | Cemie? | 4 6 | du certific | | J. | | |
| (248) Commentaires, limitations : | 3 | | | | | | |
| | | | • | J 9 | 1 | - | 19 |
| | 1 | * | Van. | 2 " | 00 -00 | - 7000 |) |
| | NIC | | (Will of | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 249) Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du m | édecin ag | réé | | | | | 3 |
| Je soussigne certifie que j'ai personnellement examiné (et que ce rapport d'examen médical et ses annexes cont | ou que mo | n groupe o | le médecins-cons | seils agréés a exa | miné) le deman | deur mention | é ci-dessus |
| (350) data : Nom et adresse du médecin chef | | - 100 (00) | alono a une mam | Cachet du médecir | n-chef de Medecil | ne Aeronautique | 9 |
| et lieu: A C A C P Patrick To parrick The first and asset of medical recipies The first and asset of medical recipi | CORF | KEA | | l'AeMC ou du méd | ecin agréé | HANDESIDIA | 12 |
| 24-05-208 Fax: Telephone: Av deligman II | haces | ades | | et signature: | ROAC | 10 195 | |
| Telephone: Av. deligma AV. | Inappe | 1000 | | Numéro d'AME: | | | -1.00.02.22.: |
| DAKAR SE | NEGA | 4L | | | Hét Rapp | ort examen médic | aı 03.09,2019 |
| UNIVITY | | | | | | | |

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

III Numéro de certificat / Certificate number

RA. FCL. 00259041

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

Mohamud DEROUICHE

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

23-09-1982

VI Nationalité / Nationality

TO NISITI

VII Signature du titulaire / Signature of holder

Class 1 medical certificate Certificat médical de Classe 1

 $\overline{\times}$ Date d'expiration du certificat médical pour (JJ/MM/AAAA) / Expiry date of this certificate for (DD/MM/YYYYY)

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

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

Classe 2 / Class 2

LAPL/LAPL

X Date de délivrance / Date of issue

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



XI Cachet / Stamp

Dr Patrick CORREA

Date de l'examen médical /
Date of medical examination

Code - Description / Code - Description XIII Limitations / Limitations

Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram

Date du dernier audiogramme /
Date of last audiogram