

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:										
(3) Nom : DEROVICHE		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☒ Classe 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA ☐										
(5) Prénom(s) : MOHAMED		(4) Nom de naissance DEROVICHE										
(8) Lieu et pays de naissance :		(7) Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐										
(10) Adresse permanente : SAV ALI BELAHOUEN 2070 LA MARSA TUNISIE		(6) Date de naissance 23/09/1982										
(11) Adresse postale : (si différente)		(14) Type de licence désirée :										
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéros de licence Pays de délivrance		(15) Profession (principale): PILOTE DE LIGNE										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">ATPL</td> <td style="width: 33%;">FRA.FCLAA250041</td> <td style="width: 33%;">FRANCE</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		ATPL	FRA.FCLAA250041	FRANCE							(16) Employeur : AIR SENEGAL SA	
		ATPL	FRA.FCLAA250041	FRANCE								
(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 :		(17) Dernier examen médical : Date : 08/06/2021 Lieu : DAKAR										
		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ☒ Oui ☐ détails :										
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu :		(21) Nombre total d'heures de vol : 7700										
		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 200										
(27) Consommez-vous de l'alcool ? Non ☒ Oui ☐ consommation journalière unités (29) Consommez-vous du tabac ? Non jamais ☒ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt : Oui ☐ type et quantité :		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : A 320										
		(25) Type de vol envisagé : TAP										
(28) Prenez-vous actuellement des médicaments ? Non ☒ Oui ☐ Nature et dose du médicament, depuis quand est-il pris et pourquoi:		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☐ Multipilote ☒										

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 crâniens 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, épilepsie, 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 (130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	☐	☒	(176) Tuberculose	☐	☒	
									(177) Allergique/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	☐	☒	
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	☐	☒	(120) Tentative de suicide ou automutilation	☐	☒	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	☐	☒	(179) Glaucome	☐	☒	
(109) Diabète ou désordre hormonal	☐	☒										
(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	☐	☒	(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	☐	☐	
(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 :

Appendix 8 NO ep^e dans suffixes = PAS

[illegible]

Date : _____

LE 24/05/2022

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

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) : 23/09/1982		Lieu de naissance : TUNISIE	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 181 cm	(203) Poids 88 kg	(204) Yeux couleur BRUN	(205) Cheveux couleur CHATAIN	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 110 Diastolique 60	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 58 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 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

OP1. Air Sanguin SA. 39 ans.
Divergé Lentil.

Tobac = +
Alcool = 0
Spout = 0.0
III = 0°

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

Œil droit sans correction	10	Corrigée à	
Œil 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
Œil droit	☒	☒	☐	☒	☐
Œil gauche	☒	☒	☐	☒	☐
Vision binoculaire	☒	☒	☐	☒	☐

(231) de près		sans correction		avec correction	
N5 lu 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	Sph	Cylindre	Axe
Œil droit			
Œil gauche			

(313) Perception des couleurs	Normale ☒	Anormale ☐
Tables pseudo-isochromatiques	Type I S H I H A R A	
Nombre de tables présentées	20	Nombre d'erreurs 0

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

Glycémie : 95 mg

(248) Commentaires, limitations :
Apli classe 1 → 30-06-2023

(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 : 24-05-2023	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : Fax: Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades Telephone: DAKAR SENEGAL	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature: Numéro d'AME: MDMO/ANACS/DTA/08 DAKAR N° 3857 - FAA 00773
--------------------------------	---	--

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 FRF-FC2-80259041
IV	Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder Mohamed DE ROUCHE
XIV	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY) 23-09-1982
VI	Nationalité / Nationality TUNISIE
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) 23 MARS 2023
Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers 30 JUN 2023	
Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations 23 SEP. 2024	
LAPL / LAPL	

XIII Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description	
X	Date de délivrance / Date of issue 24 MAI 2022
Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor 	
XI Cachet / Stamp 	

Date de l'examen médical / Date of medical examination 24 MAI 2022	
Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram 24 MAI 2022	
Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram 17 JUN 2021	