

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 : FADIA		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☒ Classe 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA ☐	
(5) Prénom(s): AL-HASSAN DIBASSI		(4) Nom de naissance: AL-HASSAN DIBASSI	
(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 18/05/1982		(7) Sexe: Masculin ☒ Féminin ☐	
(8) Lieu et pays de naissance:		(12) Genre sollicité: ☐ initial ☒ renouvellement/prorogation	
(10) Adresse permanente: LOHE		(14) Type de licence désirée: ATPL(CAS)	
(11) Adresse postale: (si différente)		(15) Profession (principale): PILOTE	
(16) Employeur: ASKY AIRLINES		(17) Dernier examen médical: Date: 12/08/20 Lieu: TOULOUSE	
(18) Licence(s) de vol possédée(s): types: ATPL(A) Numéro de licence: 354544 Pays de délivrance: FRANCE		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ☒ Oui ☐ détails:	
(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: _____		(21) Nombre total d'heures de vol: 4900	
(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical: 500		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s): B737 NG	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical? Non ☒ Oui ☐ Date: _____ Lieu: _____		(25) Type de vol envisagé: COMMERCIAL	
(26) Consommez-vous de l'alcool? Non ☒ Oui ☐ consommation journalière unités		(27) Activité aérienne actuelle: Monopilote ☐ Multipilote ☒	
(28) Consommez-vous du tabac? Non jamais ☐ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt: _____ Oui ☒ type et quantité: 10 CIGARETTES		(29) Prenez-vous actuellement des médicaments? Non ☒ Oui ☐ Nature et dose du médicament, depuis quand est-il pris et pourquoi:	

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
☒	☐	☐	☒	☐	☒	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 : **FADIA**

Prénoms : **AL-HASSAN D.**

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **18/05/1982**
Lieu de naissance : **Bissau**

(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 184 cm	(203) Poids 108 kg	(204) Yeux couleur MARRON	(205) Cheveux couleur NOIR	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 120 Diastolique 80	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 70 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 buccale, gorge, dents	☒	☐	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	☒	☐
(210) Nez, sinus	☒	☐	(220) système endocrinien, thyroïde	☒	☐
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	☒	☐	(221) Système génito-urinaire	☒	☐
(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					

CD8. 737 Hg. 39 ans; Anxiété.

Talac = p.
Alec = acc l.
Halt = a.
Spout = 24 ans

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

(229) (de loin à 5m/6m en dixième) Lunettes/Contact

Ceil droit sans correction	18	Corrigée à	
Ceil gauche sans correction	18	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	18	Corrigée à	

(230) Vision Intermédiaire N14 lu à 100cm

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

(231) de près N5 lu à 30 - 50cm

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

(232) Lunettes (233) Lentilles de contact

Oui ☐ Non ☐		Oui ☐ Non ☐	
Type :		Type :	
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe
Ceil droit			Ajouter
Ceil gauche			

(313) Perception des couleurs Normale ☐ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques Type **ISHIHARA**

Nombre de tables présentées **9** 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'examineur	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)	(g/dl)
Normal ☐ Anormal ☐		Normal ☐ Anormal ☐		Normal ☐ Anormal ☐

(248) Commentaires, limitations :

(235) Analyse d'urine Normale ☐ Anormale ☐

Glucose ☐	Protéines ☐	Sang ☐	Autres ☐
----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	☐	20-09-21	☒	☐
(239) Audiogramme	☐		☐	☐
(240) Examen Ophtalmologique	☐		☐	☐
(241) Examen ORL	☐		☐	☐
(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 : **Apt.**

Nom : **Patrick CORREA**
Signature : **Medicine Aeronautique**
MD/000/AACS/DIA/08
BUAC N°3857

(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
☐	☐	☐	☐	☐

(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 : et lieu :	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : Fax : Telephone : E-mail :	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : 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 FA-FC2-AAC035454
V	Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder FADIA AL HASAN DISASSI
IV	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY) 18-05-1982
I	Nationalité / Nationality PORTUGAL
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) 20 SEP 2022
Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers 20 SEP 2022	
Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations 20 SEP 2022	
Classe 2 / Class 2 18-05-2024	
LAPL / LAPL 18-05-2024	

XIII Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description	
X	Date de délivrance / Date of issue 20 SEP 2021
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 20 SEP 2021
Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram 20 SEP 2021
Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram 20 SEP 2021

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 PRA FCL AAT035454
IV	Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder FADIA AL-HASSAN DIBASSI
XIV	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY) 18/05/1982 - GUINÉE-BISSAU
VI	Nationalité / Nationality P (PORTUGAL)
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) Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers 12 / 08 / 2021 Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations 12 / 08 / 2021 Classe 2 / Class 2 18 / 05 / 2024 LAPL / LAPL 18 / 05 / 2024

XIII	Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description
X	Date de délivrance / Date of issue 12 / 08 / 2020 Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor  Dr. Patrick CORREA XI Cachet / Stamp Dr. P. CORREA Medecin Chef Suppléant CEMA Toulouse

Date de l'examen médical / Date of medical examination 12 / 08 / 2020
Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram 12/08/2020
Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram 5/03/2021

FADIÁ



AL-HASSAN DIBASSI

M 1,84 PRT 18 05 1982

32151325 8 ZZ8 12 03 2028



PORTUGAL
CARTÃO DE CIDADÃO
CITIZEN CARD

JOÃO ALAGE MAMADÚ FADIÁ * JOANINHA BUTÉ FADIÁ

006.006.23

231819447

12073485946

370013984

I<PRT321513258<ZZ82<<<<<<<<<<<<
8205188M2803124PRT<<<<<<<<<<<<<8
FADIA<<AL<HASSAN<DIBASSI<<<<<<<