

# FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

| (1) Pays de délivrance de licence :<br><b>FRANCE</b>   |                          | (13) N° référence:  |  |                    |             |                          |               |  |  |  |  |
|--|--------------------------|---|--|--------------------|-------------|--------------------------|---------------|--|--|--|--|
| (3) Nom :<br><b>SALEM</b>  |                          | (2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input checked="" type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/> |  |                    |             |                          |               |  |  |  |  |
| (5) Prénom(s) :<br><b>Hossene Ziyad</b>  |                          | (4) Nom de naissance  | (12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation |                    |             |                          |               |  |  |  |  |
| (8) Lieu et pays de naissance :<br><b>DAKAR / SENEGAL</b>  |                          | (6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA)<br><b>24/03/1984</b>   | (7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>                             |                    |             |                          |               |  |  |  |  |
| (10) Adresse permanente :<br><br>Pays : <b>SENEGAL</b><br>N° de téléphone : <b>773918858</b><br>Courriel : <b>hussalah2403@yahoo.fr</b>  |                          | (9) Nationalité :<br><b>SENEGAL</b>   | (14) Type de licence désirée : <b>ATPL</b>   |                    |             |                          |               |  |  |  |  |
| (18) Licence(s) de vol possédée(s)<br>types Numéros de licence Pays de délivrance  |                          | (11) Adresse postale : (si différente)  | (15) Profession (principale) : <b>PILOTE</b>   |                    |             |                          |               |  |  |  |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 20%;">types</th> <th style="width: 40%;">Numéros de licence</th> <th style="width: 40%;">Pays de délivrance</th> </tr> <tr> <td><b>ATPL</b></td> <td><b>FR.FEL.AAC0083529</b></td> <td><b>FRANCE</b></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> |                          | types   | Numéros de licence   | Pays de délivrance | <b>ATPL</b> | <b>FR.FEL.AAC0083529</b> | <b>FRANCE</b> |  |  |  | (16) Employeur : <b>Air Senegal sa</b> |
| types  | Numéros de licence       | Pays de délivrance  |  |                    |             |                          |               |  |  |  |  |
| <b>ATPL</b>  | <b>FR.FEL.AAC0083529</b> | <b>FRANCE</b>   |  |                    |             |                          |               |  |  |  |  |
|  |                          |   |  |                    |             |                          |               |  |  |  |  |
| (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 ?<br>Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Date :      Lieu :   |                          | (17) Dernier examen médical :<br>Date : <b>DAKAR 20/10/2022</b><br>Lieu :   |  |                    |             |                          |               |  |  |  |  |
| (24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ?<br>Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date :      Lieu :  |                          | (19) Conditions, limitations du certificat médical:<br>Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :   |  |                    |             |                          |               |  |  |  |  |
| (27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités   |                          | (21) Nombre total d'heures de vol : <b>10700</b>  |  |                    |             |                          |               |  |  |  |  |
| (29) Consommez vous du tabac ?<br>Non jamais <input type="checkbox"/> Non actuellement <input checked="" type="checkbox"/> Date de l'arrêt : <b>2016</b>   |                          | (22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : <b>100</b>   |  |                    |             |                          |               |  |  |  |  |
| (28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/><br>Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi :   |                          | (23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :<br><b>CLASS 1</b>   |  |                    |             |                          |               |  |  |  |  |
| (26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input checked="" type="checkbox"/>  |                          | (25) Type de vol envisagé : <b>TPP</b>  |  |                    |             |                          |               |  |  |  |  |

**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   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage                       | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (123) Paludisme, autre maladie tropicale                        | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <b>Antécédents familiaux</b>    |   |                                     |                          |
| (102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (113) Traumatismes crâniens ou commotion                                      | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (124) Test VIH positif  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (170) Affection cardiaque       | <input type="checkbox"/>                                    | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |
| (103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen       | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (114) Maux de tête fréquents ou graves  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (125) Maladie sexuellement transmissible                        | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (171) Hypertension artérielle   | <input type="checkbox"/>                                    | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |
| (104) Allergie ou rhume des foies   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (115) Accès de vertige/évanouissement   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil                      | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (172) Taux élevé de cholestérol | <input type="checkbox"/>                                    | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |
| (105) Asthme ou maladie pulmonaire  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (116) Perte de conscience quel que soit le motif                              | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (127) Maladie musculaire ou squelettique                        | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (173) Epilepsie                 | <input type="checkbox"/>                                    | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |
| (106) Maladie du cœur ou des vaisseaux  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc... | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (128) Toute autre maladie ou blessure                           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (174) Maladie mentale/suicide   | <input type="checkbox"/>                                    | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |
| (107) Tension artérielle élevée ou basse  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature                 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (129) Hospitalisation   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (175) Diabète                   | <input type="checkbox"/>                                    | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |
| (108) Calcul rénal ou sang dans les urines  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue                              | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical     | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (176) Tuberculose               | <input type="checkbox"/>                                    | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |
| (109) Diabète ou désordre hormonal  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (120) Tentative de suicide ou automutilation                                  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (131) Assurance vie refusée pour motif médical                  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (177) Allergie/asthme/eczéma    | <input type="checkbox"/>                                    | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |
| (110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (121) Mal des transports nécessitant médication                               | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (132) Refus de licence de vol pour motif médical                | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (178) Maladie héréditaire       | <input type="checkbox"/>                                    | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |
| (111) Surdité ou maladie des oreilles   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines                   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (179) Glaucome                  | <input type="checkbox"/>                                    | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |
| <b>A remplir uniquement pour les femmes</b>   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                                 |   |                                     |                          |
|   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                                 | (150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     |                                 | (151) Etes-vous enceinte ?                                  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |

(30) Remarques :

(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 médico-aérienne 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 (c) (4).

Date : **10/11/2023**

Signature du demandeur : **SALEM**

Signature du médecin examinateur :

Dr **PATRIK CORREA**  
 Médecin Aeronautique  
 SN-AME-004  
 DSAC N°3857 - FAA-00773

# RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : SAUEN Prénoms : Housseine Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 24/03/1989  
Lieu de naissance : Dakh

|  |                        |                      |                              |                                       |  |   |
|--|------------------------|----------------------|------------------------------|---------------------------------------|--|---|
| (201) Catégorie d'examen<br><input type="checkbox"/> Initial<br><input checked="" type="checkbox"/> Prorogation<br><input type="checkbox"/> Renouvellement<br><input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille<br>173 cm | (203) Poids<br>78 kg | (204) Yeux couleur<br>Marron | (205) Cheveux couleur<br>Noir / Blanc | (206) Tension artérielle (assis) mmHg<br>Systolique 112 Diastolique 66 | (207) Pouls au repos<br>Pulsations (bpm) 58 Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> irrégulier |
|--|------------------------|----------------------|------------------------------|---------------------------------------|--|---|

| Examen clinique : Cochez chaque item           | normal                              | anormal                  | normal   | anormal                             |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--|-------------------------------------|
| (208) Tête, face, cou, cuir chevelu            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (218) Abdomen, hernie, foie, rate                        | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (209) Cavité buccale, gorge, dents             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (219) Anus, rectum (si nécessaire)                       | <input type="checkbox"/>            |
| (210) Nez, sinus                               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (220) système génito-urinaire                            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (211) Oreilles, tympans, compliance tympanique | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (221) Système endocrinien, thyroïde                      | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations    | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (213) Yeux - pupilles                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (224) Examen neurologique- réflexes etc                  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (215) Poumons, thorax, seins                   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (225) Psychiatrie  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (216) Cœur                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique   | <input type="checkbox"/>            |
| (217) Système vasculaire                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (227) Etat général                                       | <input checked="" type="checkbox"/> |

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire

CD B. AS20 Air Saucel SA 29 ans. Navi 5.000 ft @ yeux latéraux  
Nation aviat val pendant 1 an après il y a 2 mois = FAS  
(226) Tuberculose  
Spout = on dit = 0

**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                     |                          | avec correction          |                          |
| Œil droit          | Oui                                 | Non                      | Oui                      | Non                      |
| Œil gauche         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vision binoculaire | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(231) de près N5 lu à 30 - 50cm

|                    |                                     |                          |                          |                          |
|--------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                    | sans correction                     |                          | avec correction          |                          |
| Œil droit          | Oui                                 | Non                      | Oui                      | Non                      |
| Œil gauche         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vision binoculaire | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(232) Lunettes (233) Lentilles de contact

Oui  Non  Type : Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter

Oui  Non  Type : Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter

(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'examinateur | Oui            | <input checked="" type="checkbox"/> | Oui            | <input checked="" type="checkbox"/> |
|  | Non            | <input type="checkbox"/>            | Non            | <input type="checkbox"/>            |

Audiométrie éventuelle

|                |     |      |      |      |      |      |
|----------------|-----|------|------|------|------|------|
| Hz             | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 |
| Oreille droite |     |      |      |      |      |      |
| Oreille gauche |     |      |      |      |      |      |

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

|  |  |   |
|--|--|---|
| VEMS/CV %  | Peak Flow (l/min)  | Hémoglobine (g/dl)  |
| Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> | Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> | Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> |

13,4 g/dl  
Cbc = e ss

(248) Commentaires, limitations :

Apte classe 1 → 10-11-2024

(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 :<br>et lieu :<br>10-11-2024 | Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé :<br>Dr Patrick CORREA<br>3, Av. des Ambassades<br>DAKAR SENEGAL | Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature :<br>Dr Patrick CORREA<br>Médecine Aeronautique<br>SN-MED-004<br>DGAC N°3857 - FAA-00773 |
|---|---|--|

European Union  
medical certificate  
Issued in accordance with Part-MED  
Complies with ICAO standards  
Except for the LAPL medical certificate

**CLASSE 1 / 2 / LAPL**  
**CLASS 1 / 2 / LAPL**

**CERTIFICAT MÉDICAL**  
Medical certificate



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE  
DIRECTION GÉNÉRALE  
DE L'AVIATION CIVILE  
CIVIL AVIATION ADMINISTRATION - FRANCE

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

FR-A-FCL-AD0235897

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

SALLET Hamone Ziyad

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

24-03-1984

VI Nationalité / Nationality

SENEGALE

VII Signature du titulaire / Signature of holder

Sallet

**MED.V.020 Diminution de l'aptitude médicale**

a) Les titulaires de licence n'exercent à aucun moment aucune des activités de vol pour lesquelles ils ont obtenu leur licence et des certificats de qualification de pilote :  
 (1) ils ont subi une opération chirurgicale ou autre procédure invasive ;  
 (2) ils ont entamé la prise régulière d'un médicament ;  
 (3) ils souffrent de toute blessure importante impliquant un membre d'équipage ;  
 (4) ils souffrent d'une maladie importante impliquant un membre d'équipage ;  
 (5) en cas de grossesse ;  
 (6) ils ont été admis dans un hôpital ou une clinique médicale ;  
 (7) ils ont besoin de verres correcteurs pour la première fois.

b) En outre, les titulaires de licence tâchent d'obtenir, sans retard induit, un avis aéromédical :  
 (1) s'ils ont subi une opération chirurgicale ou autre procédure invasive ;  
 (2) s'ils ont entamé la prise régulière d'un médicament ;  
 (3) s'ils souffrent de toute blessure importante impliquant un membre d'équipage ;  
 (4) s'ils souffrent d'une maladie importante impliquant un membre d'équipage ;  
 (5) en cas de grossesse ;  
 (6) ils ont été admis dans un hôpital ou une clinique médicale ;  
 (7) ils ont besoin de verres correcteurs pour la première fois.

**MED.V.020 Decrease in medical fitness**

a) Licence holders shall not exercise the privileges of their licence and certificates at any time when they :  
 (1) are aware of having undergone any of the following operations or procedures which might render them unable to safely exercise the privileges of their licence ;  
 (2) are aware of having commenced regular use of any medication which is likely to interfere with the safe exercise of the privileges of their licence ;  
 (3) receive any medical, surgical or other treatment that is likely to interfere with flight safety.

b) In addition, licence holders shall, without undue delay, seek aero-medical advice when they :  
 (1) have undergone any of the following operations or procedures ;  
 (2) have commenced the regular use of any medication ;  
 (3) have suffered any injury or illness which is likely to result in a member of the flight crew becoming incapacitated ;  
 (4) have suffered any illness which is likely to result in a member of the flight crew becoming incapacitated ;  
 (5) are pregnant ;  
 (6) have been admitted to hospital or medical clinic ;  
 (7) first require correcting lenses.

**II Certificat médical de Classe 1**  
Class 1 medical certificate

IX Date d'expiration du certificat médical pour (JJMM/AAAA) / Expiry date of this certificate for (DD/MM/YYYY)

24 SEP. 2024

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

10 NOV. 2024

24 MARS 2026

Classe 2 / Class 2  
LAPL / LAPL

24 MARS 2026

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

X Date de délivrance / Date of issue  
10 NOV. 2023

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

10 NOV. 2023

Date du dernier électrocardiogramme /  
Date of last electrocardiogram

10 NOV. 2023

Date du dernier audiogramme /  
Date of last audiogram

10 NOV. 2023