

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : **KEBE** Prénoms : **MOR** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **18/01/1976**
 Lieu de naissance : **DAKAR, SENEGAL**

| | | | | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| (201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille 186cm | (203) Poids 78 kg | (204) Yeux couleur Noir | (205) Cheveux couleur Noir | (206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 105 Diastolique 77 | (207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 72 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 bucale, 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 checked="" 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
CDB. B737. Royal Jet. (Arabie Unie). 49 ans. Aucun eczéma. Tabac=0. Alcool=0. Sport=2/sem. HT=0.

(229) Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis) Lunettes/Contact

| | | |
|-------------------------------------|------------|-----------|
| Œil droit sans correction | Corrigée à | 18 |
| Œil gauche sans correction | Corrigée à | |
| Vision binoculaire, sans correction | Corrigée à | 10 |

(230) Vision Intermédiaire sans correction avec correction

| | | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| N14 lu à 100cm | Oui | Non | Oui | Non |
| Œil droit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Œil gauche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vision binoculaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(231) de près N5 lu à 30 - 50cm

| | | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Œil droit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Œil gauche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vision binoculaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(232) Lunettes (233) Lentilles de contact

Oui Non Type : Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Type ISHIHARA **0**
 Nombre de tables présentées **20** Nombre d'erreurs

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

| | | |
|--|--|--|
| Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur | Oreille droite | Oreille gauche |
| | Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input checked="" 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) | 213 (g/dl) |
| Normal <input type="checkbox"/> | Anormal <input type="checkbox"/> | Normal <input type="checkbox"/> | Anormal <input checked="" type="checkbox"/> |

Cheo, 76

(235) Analyse d'urine Normale Anormale

| | | | |
|------------------|--------------------|---------------|--------|
| Glucose 0 | Protéines 0 | Sang 0 | Autres |
|------------------|--------------------|---------------|--------|

Rapports annexés

| Rapports annexés | Non réalisé | Date | normal | anormal |
|-------------------------------|--------------------------|-----------------|-------------------------------------|--------------------------|
| (238) ECG | <input type="checkbox"/> | 20-03-25 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (239) Audiogramme | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (240) Examen Ophtalmologique | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (241) Examen ORL | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (242) Lipides sanguins | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (243) Fonction respiratoire | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (320) Tonométrie G : D : mmHg | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (244) Divers(Sujet?) | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(247 bis) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude

Avis : **Apté**

Nom : **Dr Patrick CORREA**
 Signature : **Médecine Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - 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 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(248) Commentaires, limitations :
UNL.
Apte classe 1 -> 01-04-2026

(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 : **20-03-25** Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé :
 et lieu : **Cheo, 76** Fax :
 Téléphone : E-mail :
Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773

Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature :
 Numéro d'AME :
 Réf Rapport examen médical 03.09.2019

| | | |
|-----|---|---------------------|
| 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 | FAA-FIL-FAA00232512 |
| IV | Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder | Max Vêre |
| XIV | Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY) | 18-01-1976 |
| VI | Nationalité / Nationality | Belge |
| 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 20-03-2025 | | Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations 01-01-2026 | |
| Classe 2 / Class 2 20-03-2027 | | LAPL / LAPL 20-03-2027 | |

| | | |
|--|---|------------|
| XIII | Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description | VNL |
| X | Date de délivrance / Date of issue | 20-03-2025 |
| 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 | 20-03-2025 |
| Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram | 20-03-2025 |
| Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram | 20-03-2024 |

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

CERTIFICAT MÉDICAL

Medical certificate

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

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

A joindre à la licence
 Pertaining to a Part-FCL licence

MED.020 Diminution de l'aptitude médicale

a) Les titulaires de licence n'exercent à aucun moment les privilèges de leur licence et des certificats qui y sont liés s'ils :

- 1) ont connaissance de leur aptitude médicale susceptible d'exercer ces privilèges en un moment où ils ne sont pas en mesure de le faire ;
- 2) prennent ou non des médicaments prescrits ou non prescrits qui influent sur l'exercice de toute sécurité des privilèges de la licence en question ;
- 3) reçoivent tout traitement médical, chirurgical ou autre susceptible d'influer sur la sécurité des vols.

b) En outre, les titulaires de licence tâchent d'obtenir, sans retard, un avis aéromédical :

- 1) s'ils ont subi une opération chirurgicale ;
- 2) s'ils ont entamé la prise régulière d'un médicament ;
- 3) s'ils souffrent de toute blessure importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
- 4) s'ils souffrent d'une maladie importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
- 5) en cas de grossesse ;
- 6) s'ils ont été admis dans un hôpital ou une clinique médicale ;
- 7) s'ils ont besoin de verres correcteurs pour la première fois.

MED.A.020 Decrease in medical fitness

a) Licence holders shall not exercise the privileges of their licence and related certificates at any time when they :

- 1) are aware of any decrease in their medical fitness which might render them unable to safely exercise those privileges ;
- 2) take any medication which is likely to interfere with the safe exercise of the privileges of the applicable 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 a surgical operation or invasive procedure ;
- 2) have commenced the regular use of any medication ;
- 3) have suffered significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew ;
- 4) have been from any significant illness involving incapacity to function as a member of the flight crew ;
- 5) are pregnant ;
- 6) have been admitted to hospital or medical clinic ;
- 7) first require correcting lenses.