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:	
(3) Nom : TOURE		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☒ Classe 2 ☐ LAPL ☒ PNC/CCA ☐	
(5) Prénom(s) : MOUHAMADOU LAMINE		(4) Nom de naissance : TOURE	(12) Genre sollicité ☐ initial ☒ renouvellement/prorogation
(8) Lieu et pays de naissance : DIAMAGUENE		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	(7) Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐
(10) Adresse permanente : DAROU RAHMA NE/RUFISSENE		(11) Adresse postale : (si différente)	
Pays : SENEGAL N° de téléphone : 77 25037.74 Courriel : laminetoure925@gmail.com		(14) Type de licence désirée : ATPL	
(18) Licence(s) de vol possédée(s)		(15) Profession (principale) : ELEVE PILOTE	
types Numéro de licence Pays de délivrance		(16) Employeur : AIR SENEGAL	
		(17) Dernier examen médical : Date : 02/02/2024 Lieu : CEMPA	
		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ☐ Oui ☐ détails :	
		(21) Nombre total d'heures de vol : 00	(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 00
(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:		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :	
Détails :		(25) Type de vol envisagé :	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu:		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☐ Multipilote ☐	
Détails :		(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non ☒ Oui ☐ Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi:	
(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 :			

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

(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 A LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MEDICALES : 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 AMI; ainsi qu'aux professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une évaluation médico aéro 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 DONNEES 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 AMI 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 Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date :

13-06-2025

Signature du demandeur :

[Signature]

Signature du médecin examinateur :

Dr Patrick CORREA
Médecin Aéronautique
SN-004
DGAC N°3857 - FAA-001

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : **TOURE** Prénoms : **MOUHAMADOU LAMINE** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **20/09/1994**
Lieu de naissance : **DIAMAGUENE**

(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 189 cm	(203) Poids 60 kg	(204) Yeux couleur Main	(205) Cheveux couleur Blau	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 093 Diastolique 62	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 55 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
**EP. Cadet An Sanyal SA. 30ans. Cereb œufi. Tabacco Aile = 0
1120
Spuit = 3x/jour.**

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		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** N5 lu à 30 - 50cm sans correction avec correction

Œil droit	☒	☐	☐	☐
Œil gauche	☒	☐	☐	☐
Vision binoculaire	☒	☐	☐	☐

(232) **Lunettes** Oui Non Type : Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter
(233) **Lentilles de contact** Oui Non Type :

(313) **Perception des couleurs** Normale Anormale
Tables pseudo-isochromatiques Type I S H I H A R A
Nombre de tables présentées **40** Nombre d'erreurs **0**

(234) **Audition** (ne pas remplir ici lors des examens approfondis) (si 239/241 non réalisés)
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur

Oreille droite	Oui ☒	Non ☐	Oreille gauche	Oui ☒	Non ☐
----------------	---	------------------------------	----------------	---	------------------------------

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) **Fonction respiratoire** VEMS/CV % Peak Flow (l/min) Normal Anormal
(237) **Hémoglobine** (g/dl) Normal Anormal
103
Cye = 0.81

(248) **Commentaires, limitations :**
Ap 6 classe -> 13-06-2026

(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 : **16-06-2026**
et lieu :
Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : **Dr Patrick CORREA, Av. des Ambassades, DAKAR SENEGAL**
Fax :
Telephone :
E-mail :
Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : **Dr Patrick CORREA, Médecine Aéronautique, MED-004**
Numéro d'AME :
Réf Rapport examen médical 03/09/2019
DGAC N° 3857-17AA-00773

(235) **Analyse d'urine** Normale Anormale
Glucose Protéines Sang Autres

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	☐	17-06-2026	☒	☐
(239) Audiogramme	☐	13-06-2026	☒	☐
(240) Examen Ophthalmologique	☐		☐	☐
(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 : **Ap Li**
Nom : **Patrick CORREA**
Médecine Aéronautique
Signature : **MED-004**
DGAC N° 3857-17AA-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
☒	☒	☐	☐