

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 : NDIAYE		(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): MAMADOU		(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation
(8) Lieu et pays de naissance: DAKAR - SENEGAL		(6) Date de naissance 12/01/1992	(7) Sexe: Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
(10) Adresse permanente: 20 ESPACE MEDITERRANEE 66000 PERPIGNAN Pays: FRANCE N° de téléphone: 0678362985 Courriel: NDIAYEAIR@GMAIL.COM		(9) Nationalité: SENEGALAISE	(14) Type de licence désirée: (15) Profession (principale): PILOTE TRANSPORT
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types: CPL / IR ME Numéro de licence: SN CPLA 0027 Pays de délivrance: SENEGAL		(16) Employeur: ARMEE DE L'AIR SENEGAL	
(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 <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Date: Lieu:		(17) Dernier examen médical: Date: 14/04/2023 Lieu: TOULOUSE	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date: Lieu:		(19) Conditions, limitations du certificat médical: 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: 800	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt: Oui <input type="checkbox"/> type et quantité:		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical: 80	
		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s): DA 42 ; PA 34	
		(25) Type de vol envisagé: TRANSPORT	
		(26) Activité aérienne actuelle: Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input checked="" type="checkbox"/>	
		(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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	
(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"/>	Antécédents familiaux		
(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
(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 Hépatite B (guérite)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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) Anémic/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"/>
									A remplir uniquement pour les femmes		
									(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 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 AME ainsi qu'aux professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une évaluation médico-légale ou dans le cadre d'un recours. En reconnaissance 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'AR.MED.131 peuvent être utilisées pour l'application de l'AR.MED.150 (c) (4) 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 assessesurs médicaux des autorités compétentes des Etats membres afin de faciliter l'application de l'AR.MED.150 (c) (4).

Date: **11/04/2023**

Signature du demandeur :

[Signature]

Signature du médecin examinateur:

Médecine Aéronautique
N° 00317
CEMA TB-05
[Signature]

Rapport ECG 12 dériv

ECG dans la limite de la normale

NDIAYE
MAMADOU
Né(e) le : 12/01/1992 **19887**
DAKAR

NDIAYE
MAMADOU
Né(e) le : 12/01/1992 **19887**
DAKAR

ID patient:10

N° de salle :

pn.:

NDIAYE
MAMADOU
Né(e) le : 12/01/1992
DAKAR

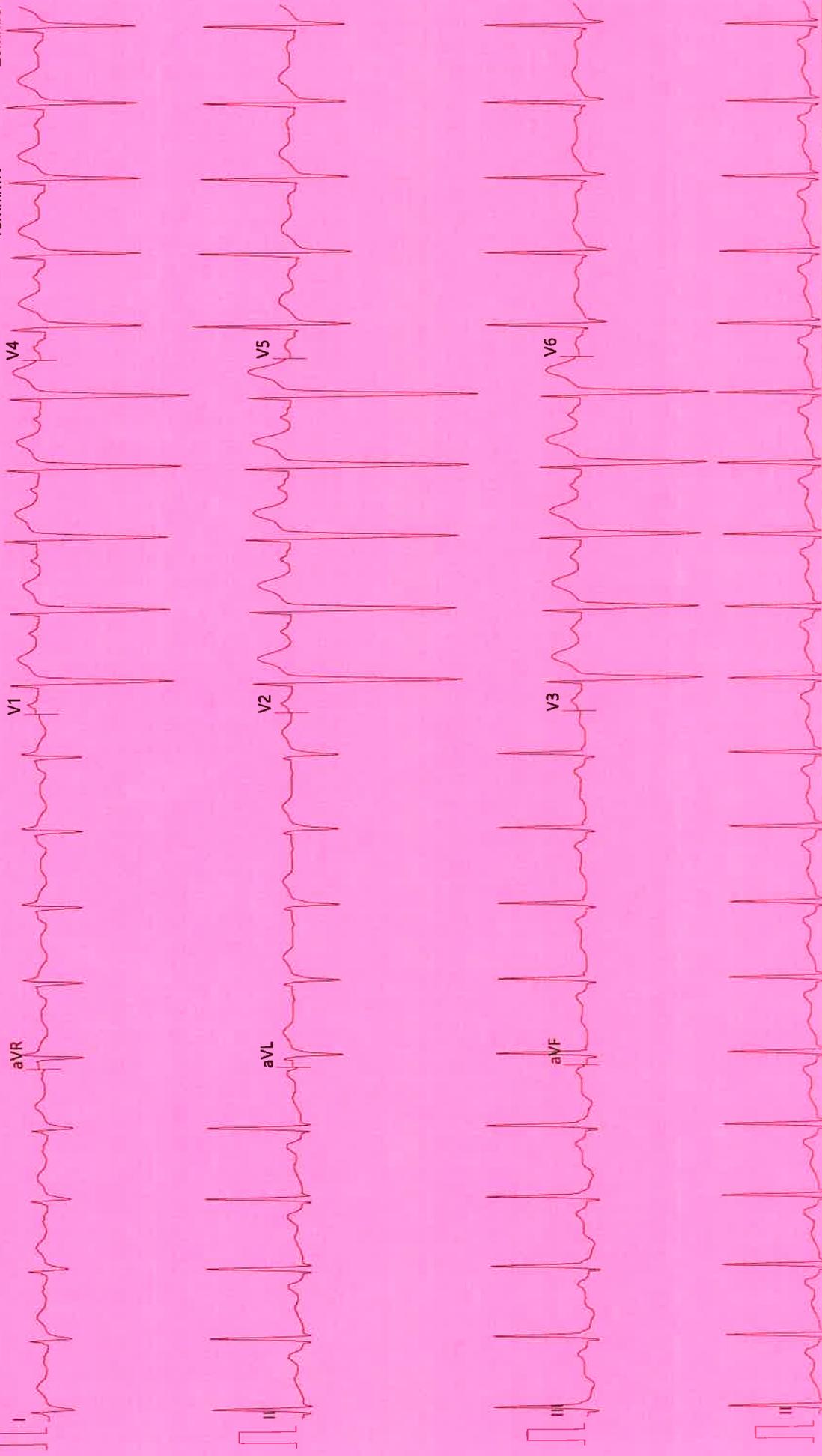
1. Tachycardie de sinus
2. Hypertrophie ventriculaire gauche
3. Anomalie consecutive de l'onde T possible
4. Déviation d'axe droite

*Sujet souffrant de
Hypertension*

*Dr J.P. POISSONNIER
Médecine Aérienne
N° 05516
SEMIPATE - 05*

Département :
FC : 116bpm
P : 112ms
FP : 151ms
QRS : 87ms
QT/QTc : 315/439ms
P/QRS/T : 70/95/43deg.
RV5/SV1 : 1.745/2.468mV

Rapp. confirmé par:
10mm/mV



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

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



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

CERTIFICAT MÉDICAL
Medical certificate

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

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

XIV Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)
12/01/1992 - DAKAR

VI Nationalité / Nationality
SN (SENEGAL)

VII Signature du titulaire / Signature of holder

MED-V.020 Diminution médicale

(a) Les certificats de licence de pilote ne sont délivrés qu'à des personnes qui, au moment de leur délivrance, ne souffrent d'aucune affection médicale susceptible d'influer sur la sécurité des vols.

(b) En outre, sans retard induit, un avis aéromédical :

- 1) s'il s'agit d'un membre d'équipage ;
- 2) s'il s'agit d'un pilote de ligne ;
- 3) s'il s'agit d'un pilote privé ;
- 4) s'il s'agit d'un membre d'équipage ;
- 5) en cas de grossesse ;
- 6) s'il s'agit d'un membre d'équipage ;
- 7) s'il s'agit d'un membre d'équipage ;

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)
14 / 04 / 2024

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

Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations
14 / 04 / 2024

Classe 2 / Class 2
11 / 04 / 2028

LAPL / LAPL
11 / 04 / 2028

MED-V.020 Decrease in medical fitness

(a) Licences are issued only to persons who, at the time of issue, are free from any medical condition likely to interfere with flight safety.

(b) In addition, without delay, a medical certificate shall be issued to a member of the flight crew :

- 1) if he/she is a flight crew member ;
- 2) if he/she is a pilot ;
- 3) if he/she is a pilot ;
- 4) if he/she is a member of the flight crew ;
- 5) if he/she is pregnant ;
- 6) if he/she is a member of the flight crew ;
- 7) if he/she is a member of the flight crew ;

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

X Date de délivrance / Date of issue
11 / 04 / 2023

Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor
Dr. Pierre JOURDAN

XI Cachet / Stamp
**Dr. P. JOURDAN
Médecin chef
Fra - AEMC - 05**

Date de l'examen médical / Date of medical examination
11 / 04 / 2023

Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram
14/04/2023

Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram
14/04/2022

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 : NDIAYE		(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) : MAMADOU		(4) Nom de naissance	(12) Genre so llicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation
(8) Lieu et pays de naissance : DAKAR - SENEGAL		(6) Date de naissance 19/10/1992	(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
(10) Adresse permanente : 20 ESPACE MEDITERRANEE 66000 PERPIGNAN FRANCE		(9) Nationalité : SENEGALAISE	(14) Type de licence désirée :
Pays : N° de téléphone : Courriel :		(11) Adresse postale : (si différente)	(15) Profession (principale) : PILOTE TRANSPORT
NDIAYEAIR@GMAIL.COM		(16) Employeur : ARMEE DE L'AIR SENEGAL	(17) Dernier examen médical : Date : Lieu :
(18) Licence(s) de vol possédée(s)		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :	
types Numéro de licence Pays de délivrance		(21) Nombre total d'heures de vol : 800	
CPL / IR ME SN CPLA 0027 SENEGAL		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 80	
(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 <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : DA 42 ; PA 34	
Détails :		(25) Type de vol envisagé : TRANSPORT	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input checked="" type="checkbox"/>	
Détails :		(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi :	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités			
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt : Oui <input type="checkbox"/> type et quantité :			

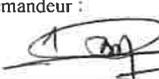
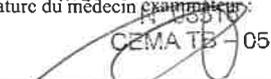
Antécédents généraux et médicaux : avez vous des antécédents connus d'une des maladies suivantes ?

A chaque question répondez en cochant OUI ou NON (ou selon ce qui est indiqué). Détaillez dans la rubrique « (30) remarques »

		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"/>	Antécédents familiaux			
(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) Allergique 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	hépatite B (Guinée)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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"/>	
												A remplir uniquement pour les femmes			
												(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 : Le 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 fautive 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 AME ainsi qu'aux professionnels de santé participant dans le but d'obtenir une évaluation aéro-médicale ou dans le cadre d'un recours. En reconnaissant que ces documents ou données stockés 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'AR.MED.131 peuvent être utilisées pour compléter une évaluation médicale et être 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 services médicaux des autorités compétentes des Etats membres afin de faciliter l'application de l'AR.MED.131 (c) (4).

Date : **11/04/2023** Signature du demandeur :  Signature du médecin examinateur : 

Médicine Aéronautique
 N° 00310
 CE/MA TB - 05

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR OBLI... L'AGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - **SECRET MEDICAL**

NOM : _____ Prénoms : _____ Date de naissance (JJ/MM/AAAA): _____
Lieu de naissance : _____

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 183,2 cm 22,90	(203) Poids 77 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique: 140 Diastolique: 80	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm): 70 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 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 type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input type="checkbox"/>
(212) Yeux - orbites et annexes, champs visuels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input 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 type="checkbox"/>

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

31 ans, pilote transport ORL - Casa armée 235 (Sénégal) femme à mari 9 enfants 5 ans et 1 ans
EPL Hépatites Hépatite B guérie (mise en Hôp. Laveran Marseille)

CEMPN BLAGNAC
Tobacco : Non
Alcohol : Non
Medication : Non
Sport : 1 à 2 fois/semaine

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** sans correction avec correction

N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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** Oui Non Type : Réfraction Sph

(233) **Lentilles de contact** Oui Non Type : 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 Nombre d'erreurs

(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'examineur	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** VEMS/CV % Peak Flow (l/min) (237) **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"/>
---------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	--	----------------------------------

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

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	11.04.23	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogram me	<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"/>	11.04.23	<input checked="" 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) **Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude**

Avis : **APTE** Nom : _____
Signature : Dr J.P. Poudroux
Médecin Généraliste
N° 00516
GEMA TD - 05

(247 bis) **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 <input checked="" type="checkbox"/>	CLASSE 2 <input checked="" type="checkbox"/>	LAPL <input checked="" type="checkbox"/>	PNC/CCA <input type="checkbox"/>
--	--	--	--	----------------------------------

(248) **Commentaires, limitations :**
apte classe 1
→ 11.04.2024

(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 : 11.04.2024	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : Poudroux	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature :	Dr P. JOURDAN Médecin chef Fra - AeMC - 05
et lieu : _____	Fax : _____	Numéro d'AME : _____	
Telephone : _____	E-mail : _____		

Rapport ECG 12 dériv

ECG dans la limite de la normale

NDIAYE
MAMADOU
Né(e) le : 12/01/1992 **19887**
DAKAR

ID patient: 10

NDIAYE
MAMADOU
Né(e) le : 12/01/1992 **19887**
DAKAR

Département :

FC : 116bpm
P : 112ms
FP : 151ms
QRS : 87ms
QT/QTc : 315/439ms
P/QRS/T : 70/95/43deg.
RV5/SV1 : 1.745/2.468mV

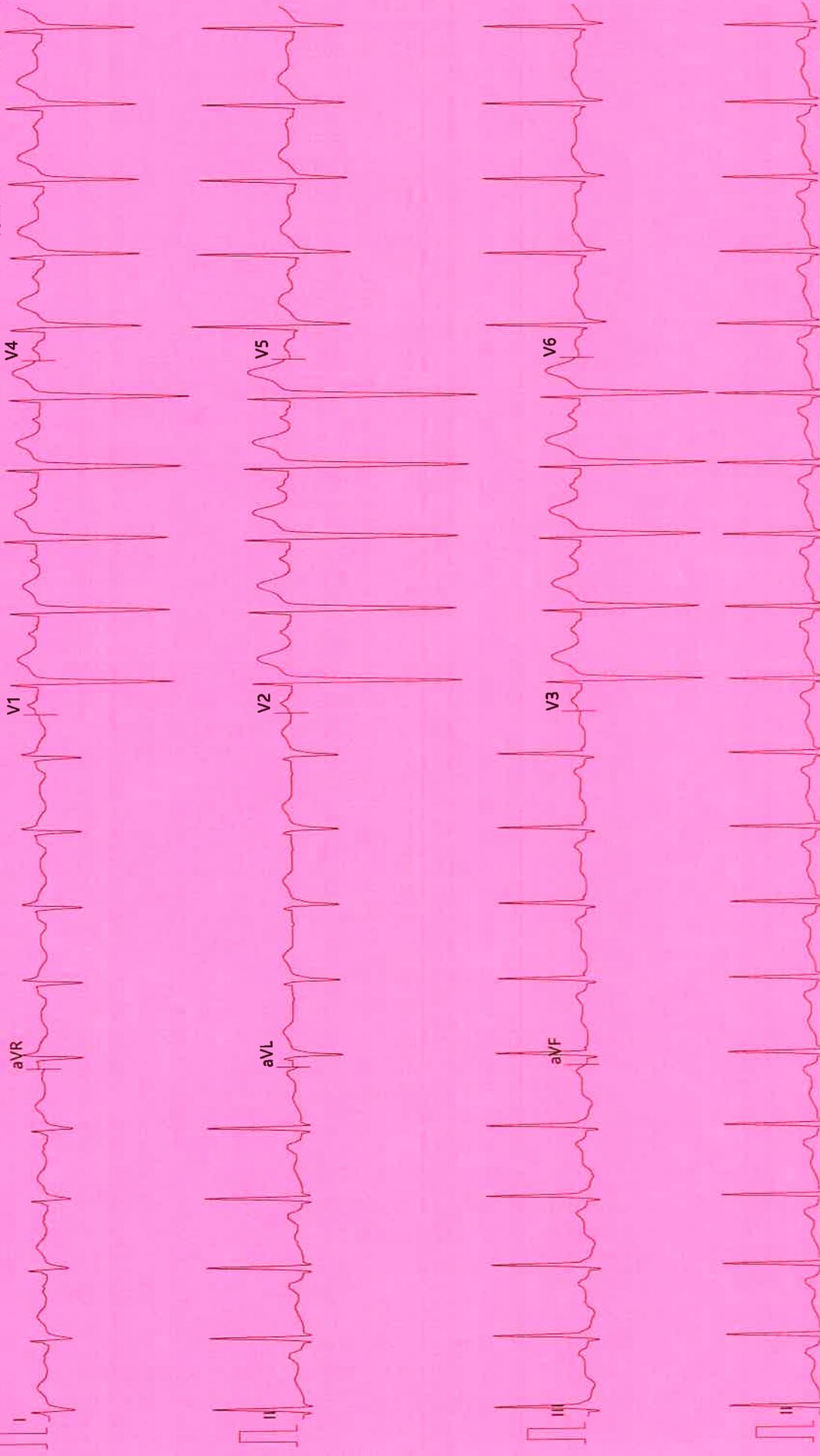
N° de salle :

1. Tachycardie de sinus
2. Hypertrophie ventriculaire gauche
3. Anomalie consecutive de l'onde T possible
4. Déviation d'axe droite

Sujet souffrant de
Hypertension

Dr J.P. Poulléroux
Médecine A. Tomaboulique
N° 00516
CEMAITE - 05

Rapp. confirmé par:
10mm/mV



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

LAPL / 2 / 1 / 1
CLASSSE
LAPL / 2 / 1 / 1

CERTIFICAT MÉDICAL
Medical certificate



REPUBLIQUE DU SENEGAL
DIRECTION GÉNÉRALE DE L'AVIATION CIVILE

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

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

XIV Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)
12/01/1992 - DAKAR

VI Nationalité / Nationality
SN (SENEGAL)

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
14 / 04 / 2024

Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations
14 / 04 / 2024

Classe 2 / Class 2
11 / 04 / 2028

LAPL / LAPL
11 / 04 / 2028

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

X Date de délivrance / Date of issue
11 / 04 / 2023

Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor
Dr. Pierre JOURDAN

XI Cachet / Stamp

Date de l'examen médical / Date of medical examination
11 / 04 / 2023

Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram
14/04/2023

Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram
14/04/2022

MED.020 Diminution de la vision
MED.020 Decreased vision
MED.020 Diminution de la vision
MED.020 Decreased vision

Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor
Dr. Pierre JOURDAN

XI Cachet / Stamp

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 : NDIAYE		(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): MAMADOU		(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité <input checked="" type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation
(8) Lieu et pays de naissance : DAKAR, SENEGAL		(6) Date de naissance (JJMM/AAAA) 12/01/1992	(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
(10) Adresse permanente : 499, AVENUE MAURICE BELLONIE 66000, PERPIGNAN Pays : FRANCE N° de téléphone : 06 78 8629 85 Courriel : NDIAYEIR@GMAIL.COM		(11) Adresse postale : (si différente)	(14) Type de licence désirée :
(18) Licence(s) de vol possédée(s)		(9) Nationalité : SENEGALAISE	(15) Profession (principale) : PILOTE
types Numéro de licence Pays de délivrance		(16) Employeur : MINISTERE DES FORCES ARMÉES SENÉGAL	
		(17) Dernier examen médical : Date : 28/05/2021 Lieu : DAKAR	
		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :	
		(21) Nombre total d'heures de vol : 711	(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 180
(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 <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu : Détails :		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : CLASSE A	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu : Détails :		(25) Type de vol envisagé : TRANSPORT	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input checked="" type="checkbox"/>	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt : Oui <input type="checkbox"/> type et quantité :		(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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	
(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"/>	Antécédents familiaux			
(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"/>	
A remplir uniquement pour les femmes												
										(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 r pond  de façon s c re 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   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 médicale 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 devrondr nt 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 Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.130 (c) (4).

Date :

14/04/22

Signature du demandeur :



Signature du médecin examinateur :

Dr J.P. Poudoroux
Médecin généraliste
N  03216
CEMA TB - 05

NDIAYE
MAMADOU
Né(e) le : 12/01/1992 19887
DAKAR



REPORT D'EXAMEN MEDICAL

au formulaire pour demande de certificat médical)

AGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM :			Prénoms :			Date de naissance (JJ/MM/AAAA):			
						Lieu de naissance :			
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 183,4 cm 23 ans	(203) Poids 77,2 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique: 130 Diastolique: 80		(207) Pouls au repos Pulsations (bpm): 84 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 type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compli. tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input 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

30 ans. Piéte de temps. Op. Cas - 235
Amie de l'air Sersyl.

Nous (après 4 ans 1/2)

tabac: jamais
alcool: jamais
Pied: jamais
gout: CAP Marché 1/6/2019

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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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

Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 Oui Non

(233) Lentilles de contact Type: Oui Non

Réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter
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 Nombre d'erreurs

(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	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	8	8	8	8	10	10
Oreille gauche	8	8	8	8	10	10

(236) Fonction respiratoire VEMS/CV % Peak Flow (l/min) 13,4 (g/dl)

Normal Anormal Normal Anormal Normal Anormal

(237) Hémoglobine

(235) Analyse d'urine Normale Anormale

Glucose	Protéines	Sang	Autres
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rapports annexés

Non réalisé	Date	normal	anormal
<input type="checkbox"/>	14/04/22	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	14/04/22	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	14/04/22	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	14/04/22	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	14/04/22	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	14/04/22	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Avis: **APTE CEMATB**

Nom: **Dr J.P. Poudroux**
Signature: **Dr J.P. Poudroux**
N° 03516
CEMA TB - 05

(247 bis) 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 <input checked="" type="checkbox"/>	CLASSE 2 <input checked="" type="checkbox"/>	LAPL <input checked="" type="checkbox"/>	PNC/CCA <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--	--	--	----------------------------------

(248) Commentaires, limitations :

APTE class 1 → 14/04/2023

(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 : 14/04/2022 et lieu: Toulon Bleue

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: **Dr Jy. LAFAILLE**
Médecin-chef
Numéro d'AME: **Dr Jy. LAFAILLE**
Fra - AeMC - 05

Résumé rapport examen médical 03.09.2019

Rapport ECG 12 dériv

ECG de la suite de la mort

Masculin

ID patient: 3

N° de salle :

Département :

FC : 119bpm
 P : 113ms
 FP : 150ms
 QRS : 82ms
 QT/QTc : 311/438ms
 P/QRS/T : 70/94/-4deg.
 RV5/SV1 : 1.796/2.350mV

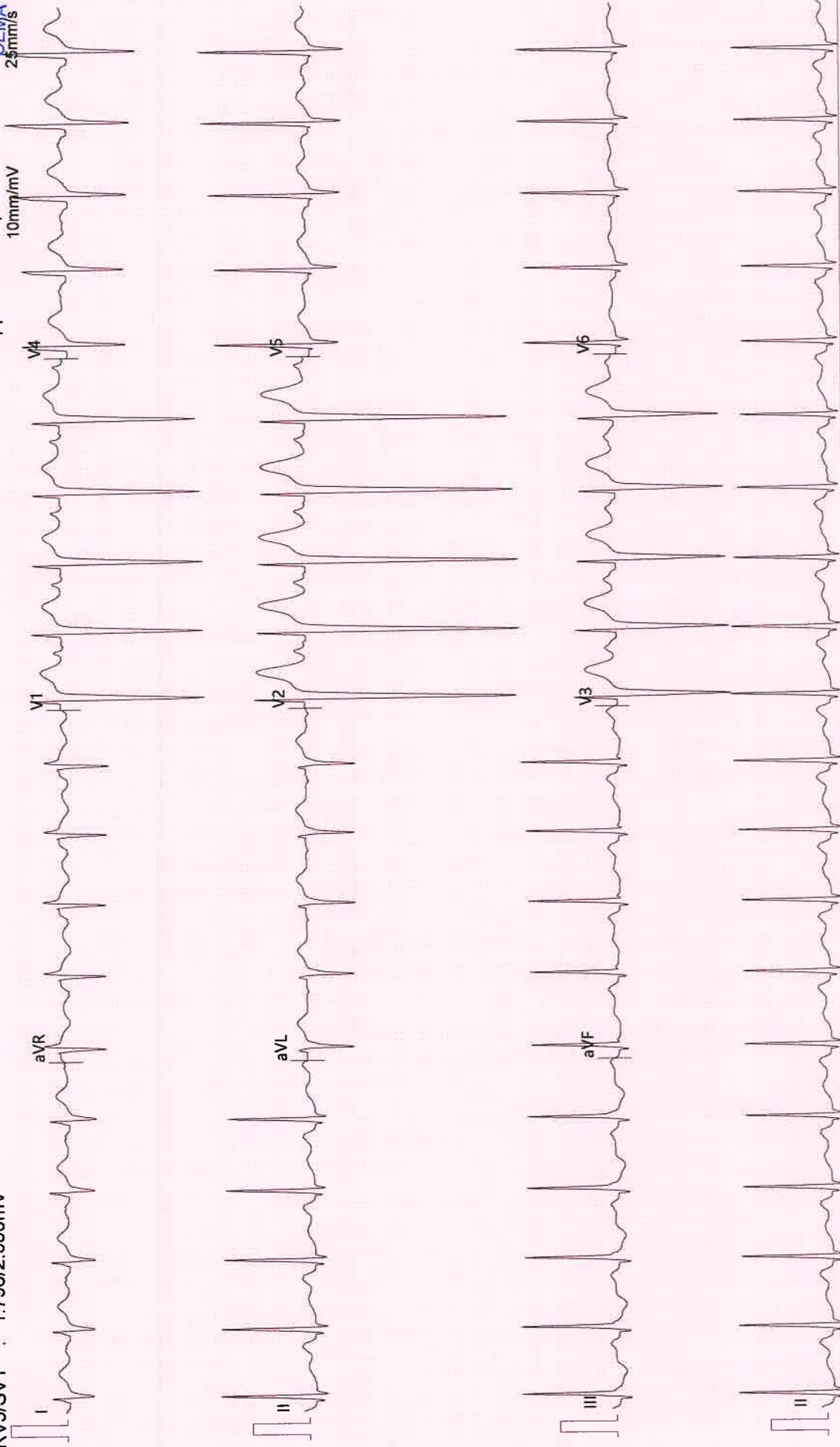
Nom infos diagn.:

1. Tachycardie de sinus
2. Hypertrophie ventriculaire gauche
3. Anomalie consécutive de l'onde T possible
4. Déviation d'axe droite

sujeu bouffine

Dr. J.P. Poudroux
 Médecin Aéronautique
 N° 03916
 CEMA TB - 05
 25mm/s

Rapp. confirmé par:



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

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

LAPL / 2 / 1 / 1
CLASSÉ / 2 / 1 / 1

CERTIFICAT MÉDICAL
Medical certificate



FRANCE
DIRECTION GÉNÉRALE
DE L'AVIATION CIVILE
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

I	Eat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence
II	FRANCE
III	Numéro de certificat / Certificate number
IV	Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder NDIAYE MAMADOU
XIV	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY) 12/01/1992 - DAKAR
VI	Nationalité / Nationality SN (SENEGAL)
VII	Signature du titulaire / Signature of holder

1	Le candidat n'a pas subi de traitement médical, chirurgical ou autre susceptible d'être dangereux pour la sécurité des vols.
2	Le candidat n'a pas subi de traitement médical, chirurgical ou autre susceptible d'être dangereux pour la sécurité des vols.
3	Le candidat n'a pas subi de traitement médical, chirurgical ou autre susceptible d'être dangereux pour la sécurité des vols.
4	Le candidat n'a pas subi de traitement médical, chirurgical ou autre susceptible d'être dangereux pour la sécurité des vols.
5	Le candidat n'a pas subi de traitement médical, chirurgical ou autre susceptible d'être dangereux pour la sécurité des vols.
6	Le candidat n'a pas subi de traitement médical, chirurgical ou autre susceptible d'être dangereux pour la sécurité des vols.
7	Le candidat n'a pas subi de traitement médical, chirurgical ou autre susceptible d'être dangereux pour la sécurité des vols.

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) 14 / 04 / 2023
	Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers
	Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations
	Classe 2 / Class 2 14 / 04 / 2027
	LAPL / LAPL 14 / 04 / 2027

1	Le candidat n'a pas subi de traitement médical, chirurgical ou autre susceptible d'être dangereux pour la sécurité des vols.
2	Le candidat n'a pas subi de traitement médical, chirurgical ou autre susceptible d'être dangereux pour la sécurité des vols.
3	Le candidat n'a pas subi de traitement médical, chirurgical ou autre susceptible d'être dangereux pour la sécurité des vols.
4	Le candidat n'a pas subi de traitement médical, chirurgical ou autre susceptible d'être dangereux pour la sécurité des vols.
5	Le candidat n'a pas subi de traitement médical, chirurgical ou autre susceptible d'être dangereux pour la sécurité des vols.
6	Le candidat n'a pas subi de traitement médical, chirurgical ou autre susceptible d'être dangereux pour la sécurité des vols.
7	Le candidat n'a pas subi de traitement médical, chirurgical ou autre susceptible d'être dangereux pour la sécurité des vols.

XIII	Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description
X	Date de délivrance / Date of issue 14 / 04 / 2022
	Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor
	Dr. Jean-Yves LAFAILLE Médecin chef F-ta - AeMC - 05

	Date de l'examen médical / Date of medical examination 14 / 04 / 2022
	Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram 14/04/2022
	Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram 14/04/2022



FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL
POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence :	(2) Certificat médical sollicité	Classe 1 <input checked="" type="checkbox"/>	Classe 2 <input type="checkbox"/>	LAPL <input type="checkbox"/>	PNC <input type="checkbox"/>
(3) Nom : NDIAYE	(4) Nom de jeune fille	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/provocation			
(5) Prénom(s) : Mamadou	(6) Date de naissance : 12/01/1992	(7) Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	(14) Type de licence désirée :		
(8) Lieu et pays de naissance : Senegal	(9) Nationalité : Senegalaise	(15) Profession (principale) : Eleve Pilote			
(10) Adresse permanente : BA 702 Avond Pays : France N° de téléphone : 0752518151 Courriel :	(11) Adresse postale : (si différente)	(16) Employeur : Armée de l'Air			
(18) Licence(s) de vol possédée(s)	Numéro de licence		Pays de délivrance		
Avion degrés		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 <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :		(17) Dernier examen médical : Date : 05/09/16 Lieu : BORDEAUX			
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :		(19) Conditions, limitations du certificat médical : 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 : 250h		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 100h	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt :		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : Classe B / EMB 121			
(25) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt :		(25) Type de vol envisagé :			
(26) Activités aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input checked="" type="checkbox"/>		(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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). Détailler 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"/>	Antécédents familiaux		
(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 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 foins	<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 : épilepsie, convulsions, paralysie, etc.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(128) Toute autre maladie ou blessure	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(174) Maladie mentale	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(107) Tension artérielle élevée ou basse	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(118) Troubles psychiques de toute nature: dépression, anxiété, etc.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(129) Hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input 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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	A remplir uniquement pour les femmes		
(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"/>	(177) Allergie/asthme/eczéma	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(111) Surdit�e 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 rétrogradé du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(178) Maladie héréditaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
						(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(179) Glaucome	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
									A remplir uniquement pour les femmes		
									(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 :
(108) Hépatite virale B

(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. Ce formulaire et ses annexes sont adressés au pôle médical, dans le respect du secret médical conformément à la réglementation en vigueur. En cas de nécessité, j'autorise la transmission de ce rapport et de ses annexes dans le respect du secret médical à une autre section de médecine aéronautique d'un état membre de la communauté Européenne de l'espace économique européen et de la confédération suisse, étant entendu que ces documents sont destinés à l'examen médical d'aptitude. A tout moment, je peux avoir accès à mon dossier médical par une demande écrite au pôle médical.

Date : **04/09/2017**

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur : **Médecin en Chef DUBOURDIEU**
 Praticien certifié en Médecine Aéronautique
 Adjoint Unité Fonctionnelle de Médecine

APPARTENANCE ARMÉE DE L'AÉRONAUTIQUE		NOM, PRÉNOM, GRADE, ADRESSE, UNITÉ OU ORGANISME, TEL. MAMADOU LIEUTENANT SA 709 NO 057709 13107 COGNAC AIR	
NATIONALITÉ		DATE, LIEU DE NAISSANCE 490	

N.I.F.	H. DEV. DEPUIS DERN. EXP.	TOTAL	DATE, LIEU DE NAISSANCE
0	0	0	12/01/1998

CEMPN, DATE CLAMART 14/04/22 BREF	ELEVE PILOTE + Classe 1	MOTIF DE L'EXPERTISE DÉROGATION : DATE, MOTIF, CONDITIONS
--	----------------------------	--

ANTECEDENTS Eleve pilote transport singulier en 1 ^{er} de classe avec notes passées dans l'air transport HVB grève (2015) pour un dérogé HVB. Livraison A/D Jm P	DERNIERE EXPERTISE	SGA	SVA
		CG	CV
		SCA	SAA
		CC	CA

PERSONNEL NAVIGANT DE L'AÉRONAUTIQUE EXAMEN MÉDICAL : REVISION

H. TÊTE-SIÈGE	L. MEMBRE SUP.	L. CUISSE	L. JAMBE	URINES	RADIOLOGIE	E. E. G.
TAILLE	POIDS	POULS	T.A.	EXAMEN GÉNÉRAL		
182	65	75	129/82	Hb 155g/l		

Asymptomatique
FCC normal
E change normal
pré-élevé 3/5

RÉSUMÉ ET CONCLUSION :

st pb Elev pilote transport
As pb classé

Médecin en Chef D. DUBOURDIEU
Praticien certifié en Médecine Aéronautique
Adjoint - Unité Fonctionnelle de Médecine
CPEMPN - HIA Percy - Clamart
RPPS : 10004974175

JE SOUSSIGNÉ, DÉCLARE AVOIR RÉPONDU DE FAÇON SINCÈRE AUX QUESTIONS QUI M'ONT ÉTÉ POSÉES LORS DE LA PRÉSENTE EXPERTISE ET NE PAS AVOIR CONNAISSANCE DE TROUBLES DE MON ÉTAT DE SANTÉ AUTRES QUE CEUX QUE J'AI SIGNALÉS. JE DÉCLARE EN OUTRE N'AVOIR JAMAIS (OU AVOIR DÉJÀ) PASSÉ UNE EXPERTISE MÉDICALE DANS UN CEMPN.

CONCLUSION GÉNÉRALE

05/08/2018

SGA	SVA	SCA	SAA
CG	CV	CC	CA
AA	AI	AD	NT
NN	VALIDITÉ		

HARDOUIN Sylvie OUVR ETAT CE G7

De: Mamadou NDIAYE <ndiayeair@gmail.com>
Envoyé: jeudi 14 avril 2022 09:11
À: HARDOUIN Sylvie OUVR ETAT CE G7
Objet: Fwd: Transfert de dossier CEMPN Mr NDIAYE MAMADOU

----- Message transféré -----

De : Mamadou NDIAYE <ndiayeair@gmail.com>
Date : jeu. 14 avr. 2022 à 09:02
Objet : Transfert de dossier CEMPN Mr NDIAYE MAMADOU
À : <jean-françois.barbery@intradef.gouv.fr>

Bonjour,
Je vous envoie ci dessous les informations me concernant pour un transfert de dossier au CEMPN de Toulouse.
Cordialement

CENTRE GAGNANT: Toulouse
CENTRE PERDANT: Percy
NOM: NDIAYE
Prénom: Mamadou
Date de naissance: 12/01/1992
Nationalité: Sénégalaise
Adresse: 499 avenue Maurice Bellonte ; 66000 Perpignan
Numéro de téléphone: 0678862985
Employeur: Armée de l'air sénégalaise
Spécialité: Pilote de transport
Date de la dernière visite: septembre 2017

APPARTENANCE		NOM, PRÉNOM, GRADE, ADRESSE, UNITÉ OU ORGANISME, TEL.	
NATIONALITÉ			
N.I.F.	H. DE V. DEPUIS DERN. EXP.	TOTAL	DATE, LIEU DE NAISSANCE
CEMPN, DATE		BREVET DU PN	
		MOTIF DE L'EXPERTISE	
DÉROGATION : DATE, MOTIF, CONDITIONS			

1 classe 1

ANTECEDENTS	DERNIERE EXPERTISE	SGA	SVA
RAS depuis la IV.		CG	CV
		SCA	SAA
		CC	CA

PERSONNEL NAVIGANT DE L'AÉRONAUTIQUE EXAMEN MÉDICAL :

O. D.	O. G.	EXAMEN OPHTHALMOLOGIQUE														OUVERTURE :	TEMPS :	
ACUITÉ S.C.	12	12															O. D.	O. G.
ACUITÉ A.C.			O. D.							O. G.							BLANC	BLANC
			2	3	4	5	6	7	2	3	4	5	6	7	BLEU	BLEU		
			8	9	10	11	12	13	8	9	10	11	12	13	VERT	VERT		
			14	15	16	17	18	19	14	15	16	17	18	19	ROUGE	ROUGE		
KÉRATOMETRIE			20	21	22	23	24	25	20	21	22	23	24	25	ORANGE	ORANGE		
RÉFRACTION SANS CYCLO.			AVP : P2 ODG (SC)															
RÉFRACTION AVEC CYCLO.			AF SA 1															
TONUS	14	11	6 - 6 - 24															
P.A.O.			Média 1															
P.P.A.																		
P.P.C.	4 cm																	
HÉTÉROPHORIE DE LOIN	H	V																
HÉTÉROPHORIE DE PRÈS	0	HO																
PARRALLAXE	0'	HO																
SEMI-MORPHOSCOPIQUE																		

RÉSUMÉ ET CONCLUSION :	SGA	SVA	SCA
Après élève 105/09/618 105/09/618 élève	CG	CV	CC

APPARTENANCE Armée de l'Air		NOM, PRÉNOM, GRADE, ADRESSE, UNITÉ OU ORGANISME, TÉL. ZERROUKI LIEUTENANT 501 707 RD 05/705 16019 L'ISNAC AIR	
NATIONALITÉ		DATE, LIEU DE NAISSANCE 1991	
N.L.F.	H. DEV. DÉPUS. DÉPN. EXP.	TOTAL	BREVET DU PN
CEMPN, DATE			MOTIF DE L'EXPERTISE DÉROGATION : DATE, MOTIF, CONDITIONS
ANTECEDENTS		DERNIÈRE EXPERTISE	SGA SVA CGI CV SCA SAA CC CA

Classe 1

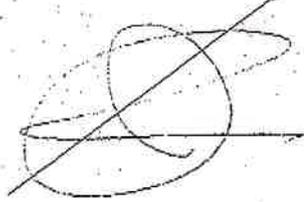
PERSONNEL NAVIGANT DE L'AÉRONAUTIQUE EXAMEN MÉDICAL :

OTO - RHINO - LARYNGOLOGIE		AUDIOMETRIE																	
O.D.	O.G.		250	500	1 000	2 000	3 000	4 000	6 000	8 000									
		O	C.A.	✓	✓	✓	✓	20	20	20	15								
		G	C.O.																
		O	C.A.	✓	✓	✓	✓	15	20	15									
		G	C.O.																
		D	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	G
			48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	

SF = 0
 20 dB HL 20 dB HL 15 dB HL
 Directionnelle Tonal en stable en
 20 dB HL 20 dB HL

MC @ L. ZERROUKI
 Oto-Rhino-Laryngologiste
 Département d'Expertise Aéronautique
 CPEMPN - HIA PERCY - CLAMART
 N° RPPS 10100329415

RÉSUMÉ ET CONCLUSION :



Flan stable
 Classe 1

SGA	SAA
CGI	CA

Audiométrie tonale



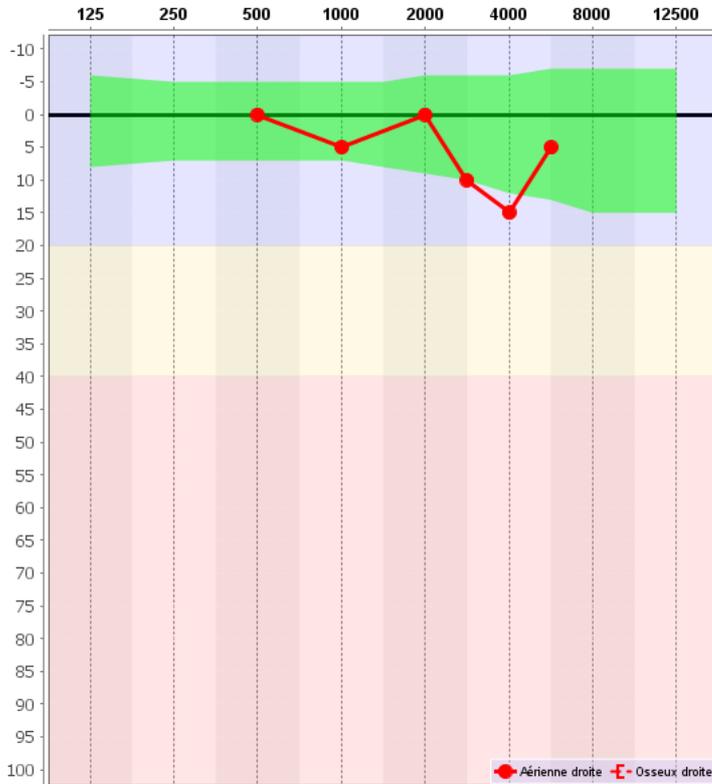
Opérateur : Pauline Cansot

Patient **Mamadou Ndiaye**

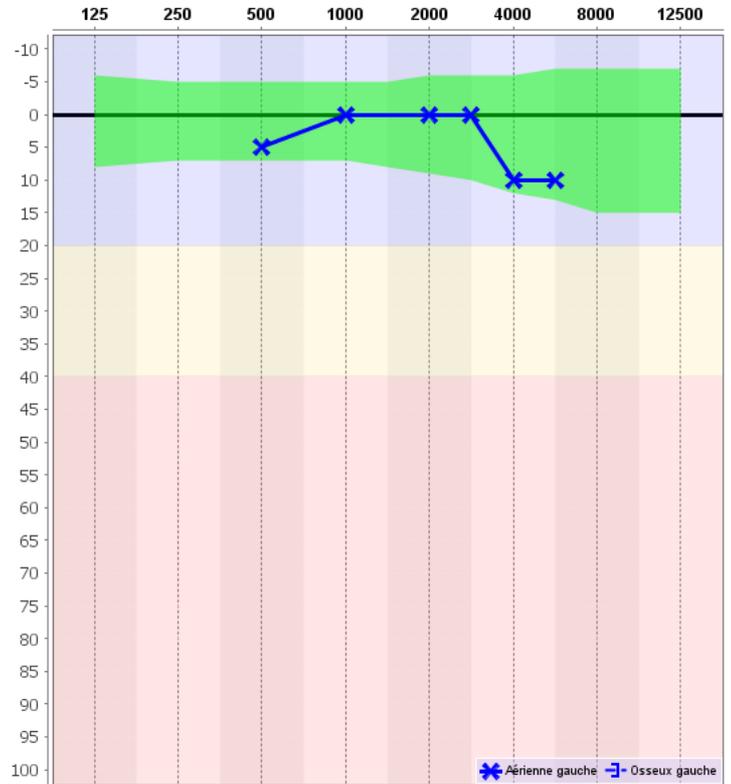
Date de naissance 12 janv. 1992

Date de mesure 14/04/2022 08:15:56

Droite



Gauche



Indice Tonal Moyen	Gauche	Droite
Indice Tonal Moyen	1,67 dB HL	1,67 dB HL
Indice précoce d'alerte	6,67 dB HL	10,00 dB HL
Indicateur médico-légal	2,00 dB HL	3,50 dB HL
Indicateur de surdité professionnelle	3,75 dB HL	5,00 dB HL
Sigycop (O= 1)	Coef. : 1	Coef. : 1

Notes

Appareil utilisé pour la mesure
 Appareil : OtoWin
 S/N : 16088 - 038
 Firmware : 1.1.3d
 Hardware : rev9
 Stimulateur : DD45 HI
 Date de calibration : 26/07/2021