



# RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - **SECRET MEDICAL**

NOM : **GUEYE** Prénoms : **Abdourahmane** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **01/03/1995**  
Lieu de naissance : **DAKAR**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <b>180</b> cm	(203) Poids <b>72</b> kg	(204) Yeux couleur <b>Noir</b>	(205) Cheveux couleur <b>Noir</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <b>123</b> Diastolique <b>75</b>	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) <b>71</b> 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"/>	<input type="checkbox"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire.  
**Bilatérale contactée cumulée de l'air. SEP (SEP - 2024) - maltraitance antécédente de peste (12-03-2024) = RAS psy ch. 29 ans. Noir à yeux.**  
Tabac = 0  
Alc = 0  
TT = 0  
Sport = 4 x 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	<b>10</b>	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	<b>10</b>	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	<b>10</b>	Corrigée à	

(230) **Vision Intermédiaire** N14 lu à 100cm

	sans correction		avec correction	
	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	
	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"/>

(232) **Lunettes** Oui  Non   
Type : Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter

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

(313) **Perception des couleurs** Normale  Anormale   
Tables pseudo-isochromatiques Type I S H I H A R A  
Nombre de tables présentées **20** Nombre d'erreurs **0**

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

	Oreille droite		Oreille gauche	
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	Oui	Non	Oui	Non
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<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)

Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
---------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

(237) **Hémoglobine** (g/dl)  
**14**  
Normal  Anormal

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

**Rapports annexés**

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	<b>08-04-24</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>	<b>08/04/24</b>	<input checked="" 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"/>	<b>08-06-24</b>	<input checked="" 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 : **Apte**

Nom : **Patrick CORREA**  
Signature : **Patrick CORREA**  
Médicine Aérospatiale  
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 checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(248) **Commentaires, limitations :**  
**Apte classe 1 → 14-06-2025**

(249) **Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé**  
Je soussigne 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 : **08 AVR. 2024**  
et lieu : **DAKAR SENEGAL**

Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé :  
Fax :  
Telephone :  
E-mail : **Dr Patrick CORREA**  
**3, Av. des Ambassades**  
**DAKAR SENEGAL**

Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature :  
Numéro d'AME : **3857 - FAA-00773**

Péf Rapport examen médical 03/09/2019

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

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

**CERTIFICAT MÉDICAL**  
 Medical certificate



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

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

**GUEYE  
 ABDOURAHMANE**

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

**01/03/1995 - DAKAR**

VI Nationalité / Nationality

**SN (SENEGAL)**

VII Signature du titulaire / Signature of holder

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

XI 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**



**MED.A.020 Decrease in medical fitness**  
 a) Licence holders shall not exercise the privileges of their  
 licence and related ratings or 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 or use any prescribed or non-prescribed  
 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 any significant personal injury involving  
 incapacity to function as a member of the flight crew ;  
 4) have been suffering 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.

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

a) Les titulaires de licence n'exerceront à aucun moment  
 les privilèges de leur licence et des qualifications ou  
 certificats qui y sont liés s'ils :  
 1) ont connaissance d'une quelconque diminution de  
 leur aptitude médicale susceptible de les rendre  
 incapables d'exercer ces privilèges en toute sécurité ;  
 2) prennent ou utilisent des médicaments prescrits  
 ou non prescrits qui sont susceptibles d'influer sur  
 l'exercice en 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 indu, un avis aéromédical :  
 1) s'ils ont subi une opération chirurgicale ou une  
 procédure invasive ;  
 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.

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. Jean-Yves LAFAILLE**  
 XI Cachet / Stamp

**Dr Jy. LAFAILLE**

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

**11/04/2023**

Date du dernier audiogramme /  
 Date of last audiogram

**14/04/2022**



**REPUBLIQUE DU SENEGAL**  
**CARTE D'IDENTITE CEDEAO**  
ECOWAS IDENTITY CARD / BILHETE DE IDENTIDADE CEDEAO



N° de la carte d'identité  
**1 01 19950301 00067 7**

Prénoms  
**ABDOURAHMANE**

Nom  
**GUEYE**

Date de naissance  
**01/03/1995**

Sexe  
**M**

Taille  
**180 cm**

Lieu de naissance  
**DAKAR**

Date de délivrance  
**22/04/2021**

Date d'expiration  
**21/04/2031**

Centre d'enregistrement  
**COMM. CENTRAL DE THIES**

Adresse du domicile  
**08 CITE KAM OUEST FOIRE  
YOFF**



Code Pays  
SEN

REPUBLIQUE DU SENEGAL  
INFORMATIONS ELECTORALES



PERSONNE NON INSCRITE  
SUR LE FICHER ELECTORAL

**+221:77 473 13 71**



NIN 1 751 1995 00879

I<SEN101199503<010006778<<<<<<  
9503010M3104219SEN<<<<<<<<<<<<4  
GUEYE<<ABDOURAHMANE<<<<<<<<<<<<

Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence	
FRANIE	
II Numéro de certificat / Certificate number	
AA-FL CA0376787	
V Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder	
Aboumahmose Lueye	
IV Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)	
01-03-1995	
VI Nationalité / Nationality	
Sénégalaise	
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)	
14-04-2025	
Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers	
14-04-2025	
Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations	
14-04-2025	
Classe 2 / Class 2	
08-04-2025	
LAPL / LAPL	
08-04-2025	

XIII Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description	
X Date de délivrance / Date of issue	
08-04-2024	
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	08-04-2024
Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram	08-04-2024
Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram	08-04-2024