

# 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:		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/>	
(3) Nom : <b>MBENGUE</b>		(4) Nom de naissance		(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation	
(5) Prénoms : <b>PAPA MOMAR</b>		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : <b>26/02/1992</b> <b>19888</b>		(7) Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	
(6) Adresse permanente : <b>499 Avenue Maurice Bellonte</b>		(11) Adresse postale (si différente) : <b>499 Avenue Maurice Bellonte, 66 000 Perpignan</b>		(14) Type de licence désirée :	
(8) Lieu de naissance : <b>DAKAR</b>		(9) Nationalité :		(15) Profession (principale) : <b>PILOTE DE TRANSPORT</b>	
(10) Adresse permanente : <b>499 Avenue Maurice Bellonte</b>		(11) Adresse postale (si différente) : <b>499 Avenue Maurice Bellonte, 66 000 Perpignan</b>		(16) Employeur : <b>ARMÉE DE L'AIR</b>	
(18) Licence(s) de vol possédé(s) types : <b>CPLTR</b> Numéro de licence : <b>SNCPILA007818117077</b> Pays de délivrance : <b>SENEGAL</b>		(17) Dernier examen médical : Date : <b>14/04/2022</b> Lieu : <b>TOULOUSE</b>		(19) Conditions, limitations du certificat médical : Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :	
(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 type="checkbox"/> Date : _____ Lieu : _____		(21) Nombre total d'heures de vol : <b>680</b>		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : <b>180</b>	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : _____ Lieu : _____		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : <b>P34</b>		(25) Type de vol envisagé :	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input checked="" type="checkbox"/> Multipilote <input 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 :	
(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		Oui	Non
(101) Maladie ou opération oculaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Antécédents familiaux</b>		
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(113) Traumatismes crâniens ou commotion	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(124) Test VIH positif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
(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 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 drépanocyttaire/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"/>
						(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>A remplir uniquement pour les femmes</b>		
									(151) Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(30) Remarques :

(31) Déclaration : Je soussigné(e), déclare avoir répondu de façon sécure 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 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 participant 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 deviendront et resteront la propriété de l'autorité qui délivre la licence, il 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'ARAMED 130 peuvent être stockées électroniquement et r s  à la disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MÉD.A.035 (b) (2) (i) / (iii) ainsi qu'aux évaluateurs médicaux des autorités compétentes des  tats membres afin de faciliter l'application de l'ARAMED 130 (c) (4).

Date : **11/04/2023**

Signature du demandeur :

Signature du médecin évaluateur : **DR. YVES BAILLE**  
 Médecin général  
 25 MA TB-F-05

# APPORT D'EXAMEN MEDICAL

à au formulaire pour demande de certificat médical)  
**PAGE 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 <b>189,1</b> cm	(203) Poids <b>64,1</b> kg	(204) Yeux couleur <b>noir</b>	(205) Cheveux couleur <b>noir</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <b>135</b> Diastolique <b>91</b>	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) <b>78</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"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input checked="" type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympan, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" type="checkbox"/>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input checked="" type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire.  
**3<sup>ème</sup> Capitaine Armée de l'air Sénégalais. Naiss 1 sept 3m.**  
*isbae alcool. Pas fait CAP on dirait (24/jan)*

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

(232) Lunettes Oui  Non  Type : Réfraction Sph \_\_\_\_\_ Œil droit \_\_\_\_\_ Œil gauche \_\_\_\_\_

(233) Lentilles de contact Oui  Non  Type : \_\_\_\_\_ Axe \_\_\_\_\_ Ajouter \_\_\_\_\_

(233) 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 réalisé)

Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur	Ouille droite	Ouille gauche
	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input 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) **15,1** (g/dl) (237) Hémoglobine Normal  Anormal  Normal  Anormal  Normal  Anormal

(235) Analyse d'urine Normale  Anormale

Glucose <b>0</b>	Protéines <b>0</b>	Sang <b>0</b>	Autres
------------------	--------------------	---------------	--------

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	<b>11/04/2023</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Fonction respiratoire	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(320) Tonométrie G : D : mmHg	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(244) Divers(Sujet?)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Avis : **APTE**

Nom : **Dr J.-Y. LAFAILLE**  
 Signature : **Médecine générale CEMA TB-F-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 type="checkbox"/>	PNC/CCA <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--	--	-------------------------------	----------------------------------

(248) Commentaires, limitations :  
**ApTE classe 1 → 14/04/2024**

(249) Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

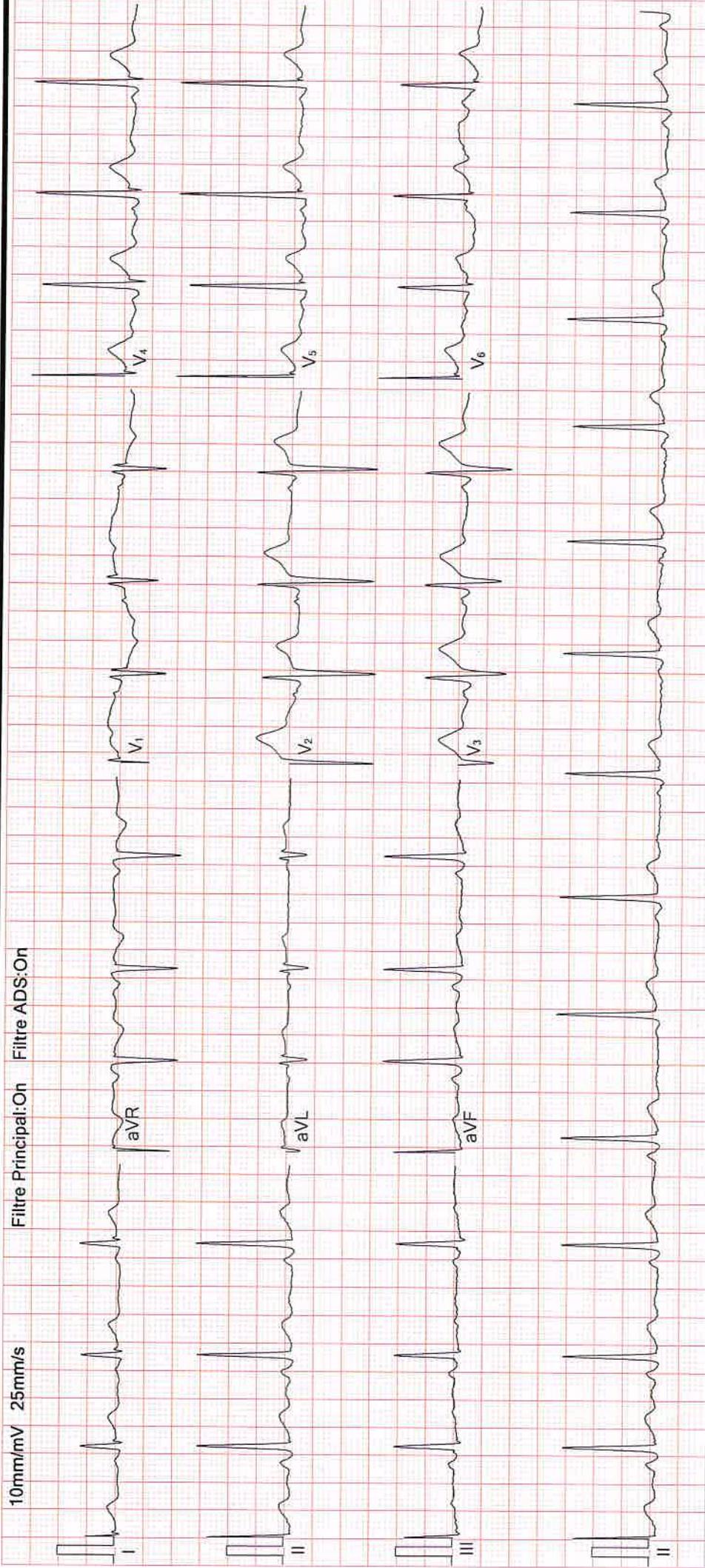
Je soussigné certifie que j'ai personnellement examiné (ou que mon groupe de médecins-conseils agréés a examiné) le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent nos constatations d'une manière complète.

(250) date : <b>14/04/2024</b> et lieu : <b>Toulon Blague</b>	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 : <b>Dr J.-Y. LAFAILLE Médecin chef</b> Numéro d'AME : <b>Fra AeMC - 05</b>
--	---	--

# ECG

CEMATB

NOM: Papa Momar Mbengue ID : 19888 Genre : Homme Age : 31 DOB : 02-26-1992 Date of Test : 04-11-2023 10:54  
Case #: Investigation #: Médecin Référent: Pauline Cansot



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle QT :	357 ms
Durée Echantillon :	14 s	Intervalle QTc :	404 ms
FC :	77 bpm	Axe P :	52.6°
Durée P :	76 ms	Axe QRS :	67.9°
Durée QRS :	93 ms	Axe T :	51.1°
Durée T :	234 ms	RV5/SV1 :	2.20/0.70mV
PQ Interval :	109 ms	RV5+SV1 :	2.90mV

Suggestion :

*Dr. J. V. LAFAILLE*  
Médecine générale  
28/04/2023 TR.F-05

Signature Médecin:

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

**LAPL / 2 / 1 CLASS**  
**CLAVL / 2 / 1 ESSVPL**

**CERTIFICAT MÉDICAL**  
 Medical certificate



DIRECTION GÉNÉRALE DE L'AVIATION CIVILE  
 CIVIL AVIATION ADMINISTRATION - FRANCE  
 REPUBLIC OF SENEGAL

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  
**MBENGUE PAPA MOMAR**

XIV Date de naissance (JJMM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)  
**26/02/1992 - DAKAR**

VI Nationalité / Nationality  
**SN (SENEGAL)**

VII Signature du titulaire / Signature of holder

**MED.V.020 Diminution de la capacité médicale**  
 (a) Les conditions d'exercice de la licence de pilote sont suspendues si l'un des éléments suivants est constaté :  
 (1) l'incapacité de travailler comme membre d'équipage ;  
 (2) l'incapacité de travailler en tant que pilote ;  
 (3) l'incapacité de travailler en tant que pilote en tant que membre d'équipage ;  
 (4) l'incapacité de travailler en tant que pilote en tant que membre d'équipage ;  
 (5) en cas de grossesse ;  
 (6) s'ils ont été admis dans un hôpital ou un établissement de soins médicaux ;  
 (7) s'ils ont besoin de verres correcteurs pour la première fois.

**MED.V.020 Decrease in essential medical fitness**  
 (a) The conditions for the exercise of the pilot licence are suspended if one of the following conditions is met:  
 (1) inability to work as a member of the flight crew ;  
 (2) inability to work as a pilot ;  
 (3) inability to work as a pilot as a member of the flight crew ;  
 (4) inability to work as a pilot as a member of the flight crew ;  
 (5) if they have been admitted to hospital or medical clinic ;  
 (6) if they require corrective lenses.

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

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

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. Jean-Yves LAFAILLE**  
 Cachet / Stamp

**Dr. JY. LAFAILLE**  
 Médecin chef /  
 Fra - AeMC - 06

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**

# 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 :		(2) Certificat médical sollicité : Classe 1 <input type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/>	
(3) Nom : <b>MBENGUE</b>		(4) Nom de naissance :		(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation	
(5) Prénom : <b>PAPA MOMAR</b>		Date de naissance : <b>26/02/1992</b> (JJ/MM/AAAA)		(14) Type de licence désirée :	
Né(e) le : <b>26/02/1992</b> <b>19888</b>		(7) Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>		(15) Profession (principale) : <b>PILOTE DE TRANSPORT</b>	
(8) Lieu c. : <b>DAKAR</b>		(9) Nationalité :		(16) Employeur : <b>ARMÉE DE L'AIR</b>	
(10) Adresse permanente : <b>499 Avenue Maurice Bellonte</b>		(11) Adresse postale : (si différente) <b>499 Avenue Maurice Bellonte, 66 000 Perpignan</b>		(17) Dernier examen médical : Date : <b>14/09/2022</b> Lieu : <b>TOULOUSE</b>	
Pays : <b>FRANCE</b>		Pays :		(19) Conditions, limitations du certificat médical : Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :	
N° de téléphone : <b>0678863021</b>		N° de téléphone :		(21) Nombre total d'heures de vol : <b>680</b>	
Courriel : <b>ecarlato.23@gmail.com</b>		(18) Licence(s) de vol possédée(s)		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : <b>180</b>	
types		Numéro de licence		Pays de délivrance	
<b>CPLTR</b>		<b>SNCP1A007818117022</b>		<b>SENEGAL</b>	
(20) Est ce qu'une autorité aéronautique a refusé de vous délivrer un certificat médical, prononcé une décision de retrait ou de suspension de celui-ci ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : _____ Lieu : _____		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : <b>PA34</b>		(25) Type de vol envisagé :	
Détails :		(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 checked="" type="checkbox"/> Multipilote <input type="checkbox"/>	
Détails :		(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		(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 :	
(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 :		(30) Remarques :			

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

# APPORT D'EXAMEN MEDICAL

à compléter au formulaire pour demande de certificat médical

PAGE 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 189,1 cm	(203) Poids 64,1 kg	(204) Yeux couleur noir	(205) Cheveux couleur noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 135 Diastolique 91	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 78 Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> irrégulier
--	--------------------------	------------------------	----------------------------	-------------------------------	--	---

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

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire.  
 3<sup>ème</sup> An Capitaine Armée de l'air Sénégalais - Poise 140kg 3im  
 isbae elevé - Pas fait CAP on change fait (24/jan)

**Acuité visuelle** (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)  
 (229) (de loin à 5m/6m en dixième) Lunettes/Contact

Ceil droit sans correction	10	Corrigée à	
Ceil gauche sans correction	10	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à	

(230) Vision Intermédiaire N14 lu à 100cm	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Ceil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ceil 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
Ceil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ceil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact		
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	
Type :		Type :		
Réfraction	Sph	Cylindre	Âxe	Ajouter
Ceil droit				
Ceil gauche				

(313) Perception des couleurs	Normale <input type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>
Tables pseudo-iso-chromatiques	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 type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine	
VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)	15,1	(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"/>	

(248) Commentaires, limitations :  
 Apte classe 1 → 14/04/2024

(249) Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

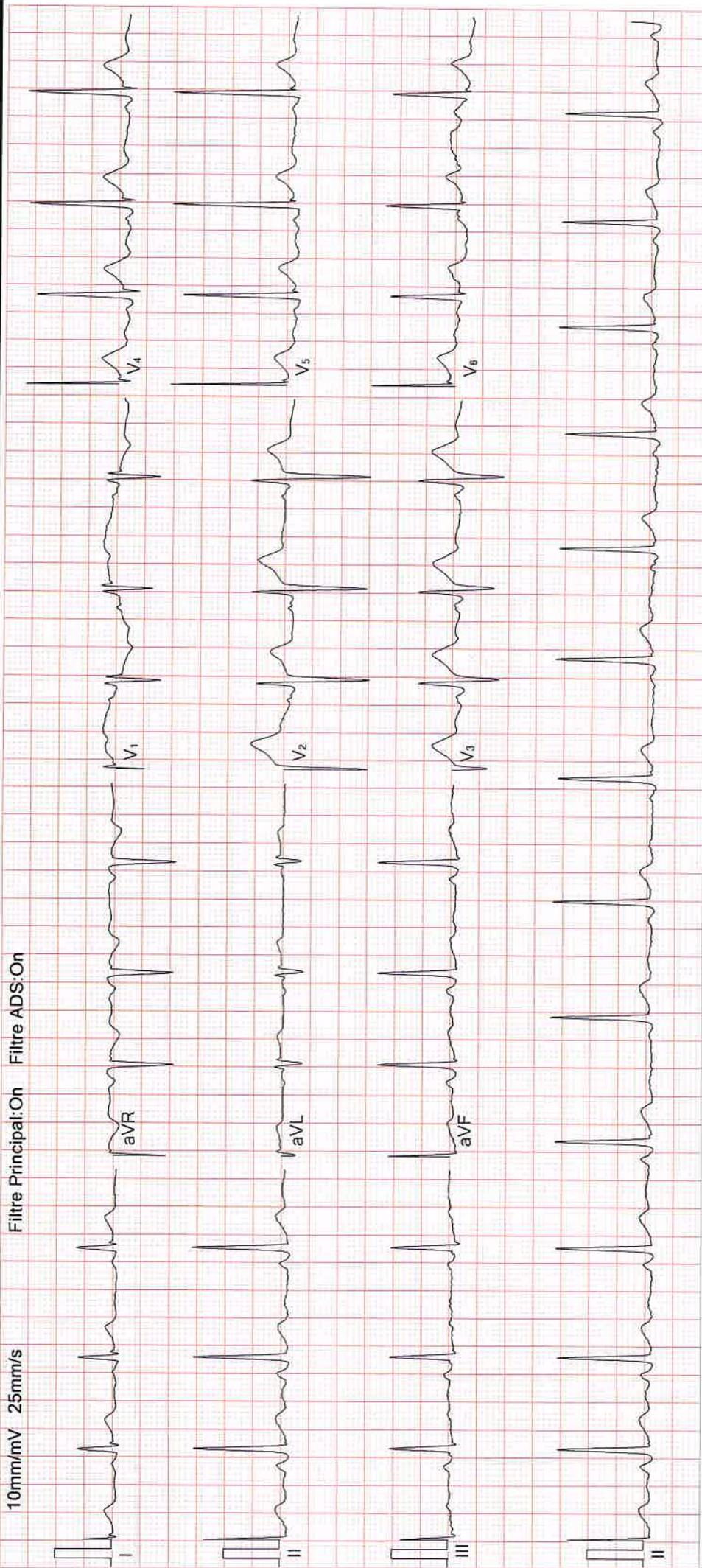
Je soussigné certifie que j'ai personnellement examiné (ou que mon groupe de médecins-conseils agréés a examiné) le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent nos constatations d'une manière complète.

(250) date : 14/04/2024 et lieu : Touba Blagie	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 J.-Y. LAFAILLE Médecin chef Frs AeMC - 05 Numéro d'AME:
---	--	---

# ECG

CEMATB

NOM: Papa Momar Mbengue ID : 19888 Genre : Homme Age : 31 DOB : 02-26-1992 Date of Test : 04-11-2023 10:54  
 Case #: Investigation #: Médecin Référent: Pauline Cansot



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle QT :	357 ms
Durée Echantillon :	14 s	Intervalle QTc :	404 ms
FC :	77 bpm	Axe P :	52.6°
Durée P :	76 ms	Axe QRS :	67.9°
Durée QRS :	93 ms	Axe T :	51.1°
Durée T :	234 ms	RV5/SV1 :	2.20/0.70mV
PQ Interval :	109 ms	RV5+SV1 :	2.90mV

Suggestion :

*Dr. J. V. LAFAILLE*  
 Médecine générale  
 CEMATB TR.F-05

Signature Médecin:



# 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 : MBENGUE		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input checked="" type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/>	
(4) Nom de naissance MBENGUE		(12) Genre sollicité <input checked="" type="checkbox"/> initial <input type="checkbox"/> renouvellement/prorogation	
(5) Prénom(s) : PAPA MOMAR		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 26/02/1992	
(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>		(14) Type de licence désirée : ATPL EASA	
(8) Lieu et pays de naissance : DAKAR SÉNÉGAL		(9) Nationalité : SÉNÉGAL AISE	
(10) Adresse permanente : 499 AVENUE MAURICE BELLONTE, AÉROPYRÉNÉF PFRPIGNAN Pays : FRANCE N° de téléphone : 0678863021 Courriel : ECARLAT.23@GMAIL.COM		(11) Adresse postale : (si différente)	
(18) Licence(s) de vol possédée(s)		(16) Employeur : ARMÉE DE L'AIR SÉNÉGALISE	
types Numéros de licence Pays de délivrance		(17) Dernier examen médical : Date : 04/06/2021 Lieu : DAKAR	
NEANT NEANT NEANT		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :	
(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: _____		(21) Nombre total d'heures de vol : 525 HEURES	
Détails :		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 75 HEURES	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : _____ Lieu: _____		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : CLASSE B / SUPER KING AIR BEECHCRAFT 200	
Détails :		(25) Type de vol envisagé : INSTRUCTIONS	
(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"/>				
(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 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 qui m'ont été 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-technique. 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-technique. 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 mises à la disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MEDA/05 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assessesurs médicaux des autorités compétentes des Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA MED 150 (c) (4).

Date :

14/04/2022

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

Dr. J.P. Rouderoux  
Médecin Aéronautique  
N° 03516  
CEMA TB - 05

MBENGUE

PAPA MOMAR

Né(e) le : 26/02/1992 19888

DAKAR



RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

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

(201) Catégorie d'examen (202) Taille (203) Poids (204) Yeux couleur (205) Cheveux couleur (206) Tension artérielle (207) Pouls au repos

Examen clinique : Cochez chaque item normal anormal (208) Tête, face, cou, cuir chevelu (209) Cavité bucale, gorge, dents (210) Nez, sinus (211) Oreilles, tympanes, compli...

(217) Système vasculaire (218) Abdomen, hernie, foie, rate (219) Anus, rectum (si nécessaire) (220) système génito-urinaire (221) Système endocrinien, thyroïde (222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations (223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique (224) Examen neurologique- réflexes etc (225) Psychiatrie (226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique (227) Etat général (228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis) (229) (de loin à (5m/6m en dixième) Lunettes/Contact

Œil droit sans correction Œil gauche sans correction Vision binoculaire, sans correction

(230) Vision Intermédiaire sans correction avec correction N14 lu à 100cm Œil droit Œil gauche Vision binoculaire

(231) de près sans correction avec correction N5 lu à 30 - 50cm Œil droit Œil gauche Vision binoculaire

(232) Lunettes (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) Oreille droite Oreille gauche Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur

Audiométrie éventuelle Hz 500 1000 2000 3000 4000 6000 Oreille droite Oreille gauche

(236) Fonction respiratoire VEMS/CV % Peak Flow (l/min) (237) Hémoglobine Normal Anormal Normal Anormal Normal Anormal

(235) Analyse d'urine Normale Anormale

Glucose Protéines Sang Autres

Rapports annexés (238) ECG (239) Audiogramme (240) Examen Ophtalmologique (241) Examen ORL (242) Lipides sanguins (243) Fonction respiratoire (320) Tonométrie G (244) Divers (Sujet?)

(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 : Médecine Aeronautique N° 08516 CEMATB - 05

(247 bis) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

APTE pour la classe : certificat médical délivré par le sousigné (copie jointe) pour la classe : INAPTE pour la classe : Remis pour une évaluation complémentaire, dans l'affirmative, indiquer le destinataire : le motif :

> Renvoi/consentation 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

(248) Commentaires, limitations : Apte classe 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 : et lieu : Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : Dr J.Y. LABAILLE Médecin chef : Numéro d'AME :

ECG do la lunt de la N

# Rapport

MBENGUE

PAPA MOMAR

Né(e) le : 26/02/1992 19888

Masculin

ambul.ID :

Nom infos diagn.:

N° de salle :

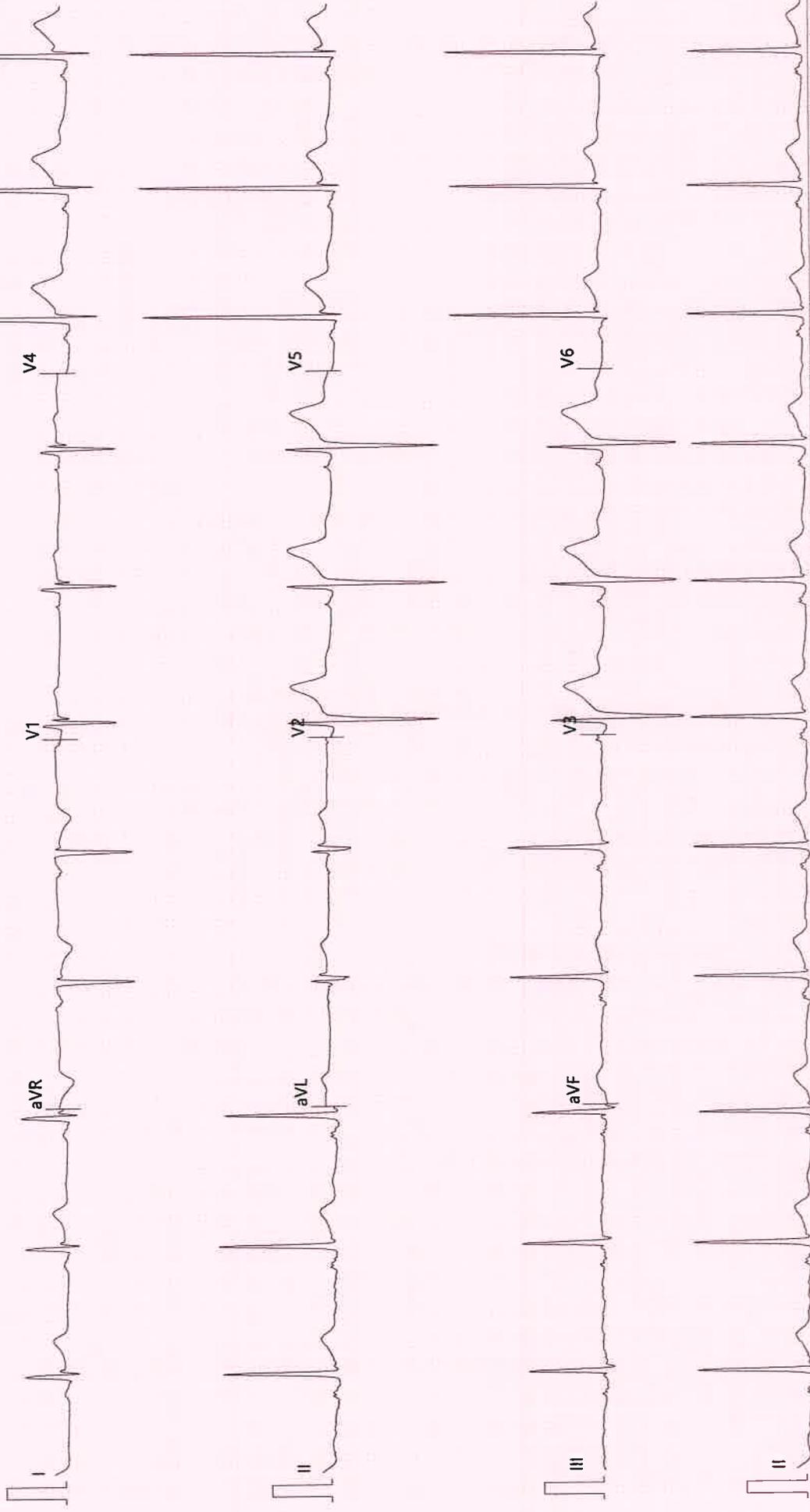
Thorax fin

- 1. Rythme de sinus
- 2. Hypertrophie ventriculaire gauche
- 3. Sus-décalage du segment ST (V4, V5)

Dr J.P. Peudoux  
 Médecine Aéronautique  
 N° 28785  
 CEMA I/B - 05

Rapp. confirmé par:  
 10mm/mV

Département :  
 FC : 66bpm  
 P : 92ms  
 FP : 129ms  
 QRS : 96ms  
 QT/QTc : 368/388ms  
 P/QRS/T : 60/68/32deg.  
 RV5/SV1 : 3.313/0.923mV



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

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

LAPL / 2 / I LAPL  
CLASSE 2 / I LAPL

**CERTIFICAT MÉDICAL**  
Medical certificate



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

La première correction de verres pour la licence est valable pour une durée maximale de 12 mois.  
(1) Les pilotes titulaires d'une licence de pilotage de classe 1 ou de classe 2 doivent être examinés par un médecin agréé par l'Etat.  
(2) Le médecin agréé est désigné par l'Etat.  
(3) Le médecin agréé est tenu de délivrer un certificat médical à l'issue de l'examen.  
(4) Le certificat médical est valable pour une durée maximale de 12 mois.  
(5) Le certificat médical est valable pour une durée maximale de 12 mois.  
(6) Le certificat médical est valable pour une durée maximale de 12 mois.  
(7) Le certificat médical est valable pour une durée maximale de 12 mois.

Le médecin agréé est tenu de délivrer un certificat médical à l'issue de l'examen.  
(1) Le certificat médical est valable pour une durée maximale de 12 mois.  
(2) Le certificat médical est valable pour une durée maximale de 12 mois.  
(3) Le certificat médical est valable pour une durée maximale de 12 mois.  
(4) Le certificat médical est valable pour une durée maximale de 12 mois.  
(5) Le certificat médical est valable pour une durée maximale de 12 mois.  
(6) Le certificat médical est valable pour une durée maximale de 12 mois.  
(7) Le certificat médical est valable pour une durée maximale de 12 mois.

I	Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence <b>FRANCE</b>
III	Numéro de certificat / Certificate number
IV	Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder <b>MIBENGUE PAPA MOMAR</b>
XIV	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY) <b>26/02/1992 - DAKAR</b>
VI	Nationalité / Nationality <b>SN (SENEGAL)</b>
VII	Signature du titulaire / Signature of holder 

II	<b>Certificat médical de Classe 1</b> Class 1 medical certificate
IX	Date d'expiration du certificat médical pour (JJ/MM/AAAA) / Expiry date of this certificate for (DD/MM/YYYY) <b>14 / 04 / 2023</b>
	Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers <b>14 / 04 / 2023</b>
	Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations <b>14 / 03 / 2027</b>
	Classe 2 / Class 2 <b>14 / 03 / 2027</b>
	LAPL / LAPL <b>14 / 03 / 2027</b>

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

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





# FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence : <b>FRANCE</b>		(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 : <b>MIBENGUE</b>		(4) Nom de jeune fille	
(5) Prénom(s) : <b>PAPA MOMAR</b>		(6) Date de naissance <b>26/02/1992</b>	(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
(8) Lieu et pays de naissance : <b>DAKAR, SENEGAL</b>		(9) Nationalité : <b>SENEGALAISE</b>	
(10) Adresse permanente : <b>BA 707, Avord</b> Pays : <b>FRANCE</b> N° de téléphone : <b>06 56 71 0775</b> Courriel :		(11) Adresse postale : (si différente) Pays : N° de téléphone :	
(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input type="checkbox"/> renouvellement/prorogation		(13) Type de licence désirée :	
(14) Profession (principale) :		(15) Employeur :	
(16) Dernier examen médical : Date : Lieu :		(17) Conditions, limitations du certificat médical : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types                      Numéro de licence                      Pays de délivrance		(19) Nombre total d'heures de vol : <b>165</b>	
(20) Est ce qu'une autorité aéronautique a refusé de vous délivrer un certificat médical, prononcé une décision de retrait ou de suspension de celui-ci ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date :                      Lieu :		(20) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : <b>55</b>	
(21) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date :                      Lieu :		(22) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :	
(22) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		(23) Type de vol envisagé :	
(23) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt : Oui <input type="checkbox"/> type et quantité :		(24) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multiopilote <input type="checkbox"/>	
(24) 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 »		(25) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi :	

(101) Maladie ou opération oculaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	Antécédents familiaux	
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(113) Traumatismes crâniens ou commotion	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(124) Test VIH positif	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>		
(103) Modifications dans la prescription de lunettes depuis le dernier examen	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(114) Maux de tête fréquents ou graves	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(125) Maladie sexuellement transmissible	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(171) Hypertension artérielle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
(104) Allergie ou rhume des foies	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(115) Accès de vertige/évanouissement	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(172) Taux élevé de cholestérol	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(127) Maladie musculaire ou squelettique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(173) Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(117) Affection neurologique : épilepsie, convulsions, paralysie, etc.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(128) Toute autre maladie ou blessure	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(174) Maladie mentale	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
(107) Tension artérielle élevée ou basse	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(118) Troubles psychiques de toute nature: dépression, anxiété, etc.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(129) Hospitalisation	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(175) Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(176) Tuberculose	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
(109) Diabète ou désordre hormonal	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(120) Tentative de suicide	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(177) Allergie/asthme/eczéma	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(121) Mal des transports nécessitant médication	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(178) Maladie héréditaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
(111) Surdité ou maladie des oreilles	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(179) Glaucome	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
(30) Remarques :		(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie		A remplir uniquement pour les femmes		(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	
						(151) Etes-vous enceinte ?	

(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 : **27 07 18**                      Signature du demandeur : \_\_\_\_\_                      Signature du médecin examinateur : \_\_\_\_\_

## **HARDOUIN Sylvie OUVR ETAT CE G7**

---

**De:** papa momar mbengue <ecarlat.23@gmail.com>  
**Envoyé:** jeudi 14 avril 2022 09:13  
**À:** HARDOUIN Sylvie OUVR ETAT CE G7  
**Objet:** Fwd: Transfert de dossier

Bonjour jè vous transfert le message de transfert aussi pour Papa Momar MBENGUE

**From:** papa momar mbengue <ecarlat.23@gmail.com>  
**Date:** 14 April 2022 at 08:50:55 CEST  
**To:** jean-françois.baerbery@intradef.gouv.fr  
**Subject:** Re: Transfert de dossier

Rectification de la date de dernière visite 30/09/2018

On 14 Apr 2022, at 08:47, papa momar mbengue <ecarlat.23@gmail.com> wrote:

Bonjour mr Baerbery  
c'est pour le transfert de dossier  
**CENTRE GAGNANT : Toulouse**  
**CENTRE PERDANT: Percy Clamart**  
**Nom : MBENGUE**  
**Prénom : Papa Momar**  
**Date de naissance : 26/02/1992**  
**Nationalité : Sénégalaise**  
**Adresse : 499 avenue Maurice BELLONTE**  
**Numéro de tel : 06 78 86 30 21**  
**Employeur: Armée de l'air Sénégalaise**  
**Spécialité : Pilote de transport**  
**Date de dernière visite : 30/09/2018**

LIEUTENANT  
BA 702.

Tel. : 0656710773

GENERALISTE NATIONALITE

18490 AVORD AIR

N.I.F. H. DEV. DEPUIS DERN. EXP.

TOTAL  
100

26/02/1992

DAKAR

DATE, LIEU DE NAISSANCE  
990

CEMPN, DATE

ELEVE PILOTE TRANSPORT

BREVET DU PN

+ classe 4

MOTIF DE L'EXPERTISE

DEROGATION : DATE, MOTIF, CONDITIONS

26 ans Elève Pilote Transport - Avord - Termine de 1 mois

ANTÉCÉDENTS

g/b de l'aerone

20/0

DERNIERE EXPERTISE CLAMART 25 Oct 2019	SGA 1	SVA 1
CG	CG	CG
SCA 1	SAA 1	CA
CG	CG	CG

VISAP

APTE SANS RESTRICTION

**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.	G:		
189,5	66,4	68	131/82	P: 5		
DATE JOUR					EXAMEN GÉNÉRAL	

Ex : sans particularité  
muscle

OK  
OK

ECG : aspect BBSI normal  
vste 1

AA en lieu avic d'ant

SI O OAI - opht = OK

consul d'implant  
temporaire de 1 jour + contact  
annuel CHA

SUMÉ ET CONCLUSION :

Après Elève pilote de transport +

Médecin en chef V. BEYLOT  
Praticien ostéopathe et chiropracteur  
Adjoint - Unité Fonctionnelle de Prévention  
C.P.E.M.F.N. - N°1493 - CLAMART  
N°RPPS 10004890098

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

CONCLUSION GÉNÉRALE

apte ds 30/09/2019

Médecin Chef des Services E. PERIER  
Professeur Agrégé du Val de Grâce  
Médecin-chef du Département d'Expertise Aéronautique  
CPEMPN - HIA PERCY

SGA	SVA	SCA	SAA
CG	CG	CG	CG
AA	AT	AD	NT
NN	NN	NN	NN
VALIDITE			

*[Signature]*

NATIONALITE		DATE, LIEU DE NAISSANCE	
N.I.F.	H. DEV. DEPUIS DERN. EXP.	TOTAL	
CEMPN, DATE	BREVET DU PN		
MOTIF DE L'EXPERTISE			
DEROGATION : DATE, MOTIF, CONDITIONS			
ANTÉCÉDENTS			
RAS			
DERNIÈRE EXPERTISE		SGA	SVA
		CG	CV
		SCA	SAA
		CC	CA

**PERSONNEL NAVIGANT DE L'AÉRONAUTIQUE EXAMEN MÉDICAL :**

O.D.	O.G.	EXAMEN OPHTHALMOLOGIQUE														OUVERTURE :	TEMPS :	
CLITÉ S.C.	10	10															O.D.	O.G.
CLITÉ 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		
			20	21	22	23	24	25	20	21	22	23	24	25	ORANGE	ORANGE		
RATD-ÉTRIE			<p>AVP : P2 ODB(SC)</p> <p>OCT fait</p>															
RACTION SANS YCLO.																		
RACTION VEG YCLO.																		
MUS	15	15																
A.O.																		
PA.																		
PC.	4 cm																	
OPHOPHIE LOIN	0	H0																
OPHOPHIE PRÈS	0'	H0																
ALLAXE																		
BLMOR-COPIQUE																		

RESUME ET CONCLUSION

30/09/2019

Eloise Collette (signature)

SGA	SVA	SCA
CG	CV	CC

Centre de Médecine de l'Aviation Médicale

Personnel Navigant

Tel : 01 30 00 20 54

LIEUTENANT  
BA 202

Tel.: 0656710773

18490 AVORD AIR

N.I.F. H. DEV. DEPUIS DERN. EXP.

TOTAL  
100

24/03/1992

DANAR

DATE, LIEU DE NAISSANCE

750

CEMPN, DATE

ÉLÈVE PILOTE TRANSPORT

BREVET DU PN

+ classe 1

MOTIF DE L'EXPERTISE

DÉROGATION : DATE, MOTIF, CONDITIONS

ANTECEDENTS

DERNIÈRE EXPERTISE

CLAMART  
24/09/17

SGA

1

SVA

1

SCA

1

SAA

1

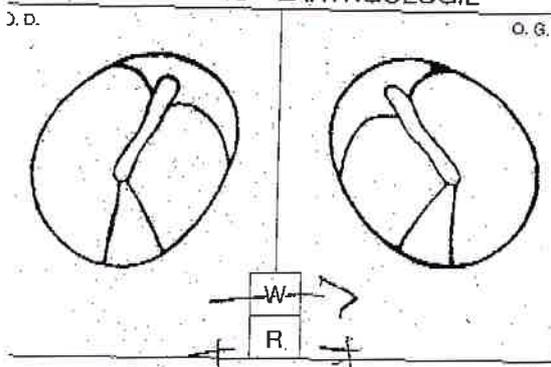
VERAP

apte sans restriction

PERSONNEL NAVIGANT DE L'AÉRONAUTIQUE EXAMEN MÉDICAL :

FRÉQUENTATION

OTO - RHINO - LARYNGOLOGIE



		250	500	1 000	2 000	3 000	4 000	6 000	8 000
O	C.A.	~	~	~	30	30	20	~	20
	C.O.								
G	C.A.	~	~	20	~	20	~	20	20
	C.O.								

D																			G	
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28					
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38					

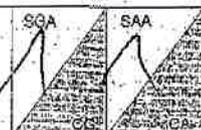
ex ORL SF = BAS, n'allègue aucune anomalie pas d'accident pas d'OT

SP = ex. normal - mais eurythme

Quods - baisse vitale droite, dans la norme tympano-oral

RÉSUMÉ ET CONCLUSION :

Apte / élève p. transport  
classe 1  
Conseil suspension  
des vols 7 jours.



Médecin Principal G BONFORT  
Adjoint chef de Service  
Chirurgie ORL - Centre Maxillo-faciale  
HIA PERCY - 01.41.46.61.72

<b>APPARTENANCE</b> ARMÉE DE L'AIR		<b>NOM, PRÉNOM, GRADE, ADRESSE, UNITÉ OU ORGANISME, TÉL.</b> MARIENQUE PAPA MOMAR LIEUTENANT BA 702 Tel.: 0656710773	
<b>NATIONALITÉ</b> SENEGALAISE		18490 AVORD AIR	

<b>N.I.F.</b>	<b>H. DE V. DEPUIS DERN. EXP.</b>	<b>TOTAL</b>	<b>DATE, LIEU DE NAISSANCE</b>
	0	100	26/02/1992 DAKAR 990

<b>CEMPN, DATE</b>	<b>BREVET DU PN</b>
CLAMART 27/09/18 00693222	ELEVE PILOTE TRANSPORT - + classe 1

**MOTIF DE L'EXPERTISE**  
 DÉROGATION : DATE, MOTIF, CONDITIONS  
 26 ans. Elève Pilote Transport - Assid. Tenure de 1 mois

<b>ANTÉCÉDENTS</b> op de l'armée	<b>DERNIÈRE EXPERTISE</b> CLAMART 29/09/18	<b>SGA</b> 1	<b>SVA</b> 1
	VISAP	<b>CG</b>	<b>CV</b>
		<b>SCA</b> 1	<b>SAA</b> 1
	<b>CC</b>	<b>CA</b>	

APTE SANS RESTRICTION

**PERSONNEL NAVIGANT DE L'AÉRONAUTIQUE EXAMEN MÉDICAL :**

H. TÊTE-SIÈGE	L. MEMBRE SUP.	L. CUISSE	L. JAMBE	URINES	RADIOLOGIE	E. E. G.
				G:		
				P:		
<b>DERNIÈRE EXPERTISE</b>	<b>TAILLE</b>	<b>POIDS</b>	<b>POULS</b>	<b>T. A.</b>	<b>EXAMEN GÉNÉRAL</b>	
CE JOUR	189,5	66,4	65	131/82	139/87	

Ex. sans particularité musculaire  
 ECG: aspect BBSDI normal  
 AA en lieu avec bruit  
 S/O oculaire ophtalmo OK  
 Conseil d'1 incapacité temporaire de 15 jours + contrôle au niv. CHA

**RÉSUMÉ ET CONCLUSION :**  
 Appt Elève pilote transport +

Médecin en chef V. BEYLOT  
 Praticien certifié en Médecine Aéronautique  
 Adjoint - Unité Fonctionnelle de Médecine  
 C.P.E.M.F.33 - HIAA PERCY - CLAMART  
 N°RPPS 10094990098

**CONCLUSION GÉNÉRALE**  
 apte ds 30/09/2019

Médecin Chef des Services E. PERRIER  
 Professeur Agrégé du Val de Grâce  
 Médecin-chef du Département d'Expertise Aéronautique  
 CPEMPN - HIA PERCY

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

Médecin Chef des Services E. PERLIER  
 Médecin Généraliste  
 30/03/2014

LE SERVICE DE LA VILLE AVOIR PERMIS DE  
 FAIRE FAIRE AUX VÉTÉRAIRES QUI SONT  
 POSÉS, ORS CE LA PRÉSENTE EXPÉRIENCE DE  
 AVOIR DONNÉ L'OPINION DE TRAVAILER DE  
 DE FAIRE AUTRES CE CEUX QUI SONT  
 LE SERVICE EN OUTRE N'AVOIR JAMAIS AVANT  
 DE FAIRE FAIRE VÉTÉRAIRES.

CONCLUSION GÉNÉRALE

SA	CA	SA	SA
CC	CC	CC	CC
AD	AD	AD	AD
NT	NT	NT	NT
NI	NI	NI	NI

... de la ville ...  
 ... de la ville ...  
 ... de la ville ...

DATE	HEURE	PROFESSEUR	PROFESSEUR	PROFESSEUR	PROFESSEUR
2014	14h	...	...	...	...
2014	14h	...	...	...	...
2014	14h	...	...	...	...

**PERSONNEL NAVIGANT DE L'ARONAUTIQUE EXAMEN MEDICAL**  
 RADIOLOGIE  
 E. E. G.

...  
 ...  
 ...

APPARTENANCE	NOM, PRENOM, GRADE, ADRESSE, UNITE OU ORGANISME, TEL.
NATIONALITE	

N.I.F.	H. DEV. DEPUIS DERN. EXP.	TOTAL	DATE, LIEU DE NAISSANCE
--------	---------------------------	-------	-------------------------

CEMPN, DATE	BREVET DU PN
-------------	--------------

MOTIF DE L'EXPERTISE

DEROGATION : DATE, MOTIF, CONDITIONS

ANTECEDENTS	DERNIERE EXPERTISE	SGA	SVA
RAS		CG	CV
		SCA	SAA
		CC	CA

**PERSONNEL NAVIGANT DE L'AERONAUTIQUE EXAMEN MEDICAL :**

O. D.	O. G.	EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE										OUVERTURE :	TEMPS :	
ACUITE S.C.	10	10											O. D.	O. G.
ACUITE A.C.													BLANC	BLANC
													BLEU	BLEU
													VERT	VERT
													ROUGE	ROUGE
													ORANGE	ORANGE

KERATO-METRIE			- AVP P2 ODO(SC)										FEUX COLORES
REFRACTION SANS CYCLO.			OCT fait										
REFRACTION AVEC CYCLO.													
TONUS	15	15	RAF : Represente utilisation des										
P.A.O.			FSE : fole papille CPD = 0,50dB										
P.P.A.			OCT RAUFEL : ul 0dB										
P.P.C.	4 cm		Retina Ade.										
	H	V											
HETEROPHORE DE LOIN	0	H0											
HETEROPHORE DE PRES	0'	H'0											
PARALLAXE													
SEUIL MORPHOSCOPIQUE													

RESUME ET CONCLUSION :	SGA	SVA	SCA
30/09/2019 Apl. Elise Celeste (est) 1 classe	CG	CV	CC

APPARTENANCE ARMEE DE L'AIR		NOM, PRÉNOM, GRADE, ADRESSE, UNITÉ OU ORGANISME, TÉL. MBENGUE PAPA MOMAR LIEUTENANT BA 702 18490 AVORD AIR Tel.: 0656710773	
NATIONALITÉ SENEGALAISE			
N.I.F.	H. DEV. DEPUIS DERN. EXP.	TOTAL	DATE, LIEU DE NAISSANCE
	0	100	26/02/1992 DAKAR 990
CEMPN, DATE CLAMART 27/09/18 00693222	ELEVÉ PILOTE TRANSPORT + classe 1		BREVET DU PN

MOTIF DE L'EXPERTISE  
DÉROGATION : DATE, MOTIF, CONDITIONS

ANTÉCÉDENTS  APTE SANS RESTRICTION	DERNIÈRE EXPERTISE CLAMART 29/09/17  VISAP		SGA 1BH	SVA 1
			CG	CV
			SCA 1	SAA 1
			CC	CA

**PERSONNEL NAVIGANT DE L'AÉRONAUTIQUE EXAMEN MÉDICAL :** REVISION

OTO - RHINO - LARYNGOLOGIE

O. D.

O. G.

W →

R ←

		250	500	1 000	2 000	3 000	4 000	6 000	8 000									
A U D I O M É T R I E	O	C.A.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓									
	D	C.O.																
O	G	C.A.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓									
	D	C.O.																
D E N T U R E	D	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	G
	D	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	

ex ORL SF = ANS, n'allège aucune anomalie pas d'accident pas d'OST

SP = ex. normal - mais ourthomé.

Audio - baisse unilatérale droite, dans la norme tympano-urale

<p>RÉSUMÉ ET CONCLUSION :</p> <p>Apte / apte p. transport classe 1</p> <p>Cours et suspension</p>	<table border="1"> <tr> <td>SGA</td> <td>SAA</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>CG</td> <td>CA</td> </tr> </table>	SGA	SAA	✓	✓	CG	CA
SGA	SAA						
✓	✓						
CG	CA						
<p>Médecin Principal G. BONFORT Adjoint-chef de Service Chirurgie ORL - Chirurgie Maxillo-faciale 18490 AVORD AIR - Tél. 06 56 71 07 73</p>							

# FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence : <b>FRANCE</b>	(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 : <b>MIBENGUE</b>	(4) Nom de jeune fille	(12) Genre sollicité	<input type="checkbox"/> initial <input type="checkbox"/> renouvellement/prorogation											
(5) Prénom(s) : <b>PAPA MOMAR</b>	(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) <b>26/02/1992</b>	(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	(14) Type de licence désirée :											
(8) Lieu et pays de naissance : <b>DAKAR, SENEGAL</b>	(9) Nationalité : <b>SENEGALAISE</b>	(15) Profession (principale) :												
(10) Adresse permanente : <b>BA702, Avond</b> Pays : <b>FRANCE</b> N° de téléphone : <b>06 56 71 0775</b> Courriel :	(11) Adresse postale : (si différente)  Pays : N° de téléphone :	(16) Employeur :												
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types                      Numéro de licence                      Pays de délivrance		(17) Dernier examen médical : Date : Lieu :												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 30%;">types</th> <th style="width: 30%;">Numéro de licence</th> <th style="width: 40%;">Pays de délivrance</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		types	Numéro de licence	Pays de délivrance							(21) Nombre total d'heures de vol : <b>165</b>		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : <b>55</b>	
types	Numéro de licence	Pays de délivrance												
(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) :												
(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 :												
(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 type="checkbox"/>												
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input 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 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"/>	<b>Antécédents familiaux</b>		
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(113) Traumatismes crâniens ou commotion	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(124) Test VIH positif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(170) Affection cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(103) Modifications dans la prescription de lunettes 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 : 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	<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 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	<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) 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 réformé du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(179) Glaucome	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
						(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>A remplir uniquement pour les femmes</b>		
									(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									(151) Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**(30) Remarques :**

(31) Déclaration : Je soussigné(e), déclare avoir répondu de façon sincère aux questions qui m'ont été posées lors du présent examen et ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé autres que ceux que j'ai signalés. 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 :

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

27 09 18

I	Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence
III	Numéro de certificat / Certificate number
IV	Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder MBENGUE Papa Maman
XIV	Date de naissance (JJMM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY) 26/02/1982
VI	Nationalité / Nationality Française
VII	Signature du titulaire / Signature of holder 

II	<b>Certificat médical de Classe 1</b> <b>Class 1 medical certificate</b>
IX	Date d'expiration du certificat médical pour (JJMM/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 30/09/2019
	Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations 30/09/2019
	Classe 2 / Class 2 27/09/2023
	LAPL / LAPL

XIII	Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description
X	Date de délivrance / Date of issue 27/09/2018
	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 27 SEP. 2018
	Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram 27 SEP. 2018
	Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram 27 SEP. 2018

APPARTENANCE: MBENGUE  
 NOM, PRÉNOM, GRADE, ADRESSE, UNITÉ OU ORGANISME, TÉL.: PAPA MOMAR  
 SOUS LIEUTENANT 02  
 BA701  
 13662 SALON DE PROVENCE AIR

NATIONALITÉ: SENEGALAISE  
 N.I.F.: 0  
 H. DE V. DEPUIS DERN. EXP.: 0  
 TOTAL: 0  
 DATE, LIEU DE NAISSANCE: 06/02/1992 DAKAR 990

CEMPN, DATE: CLAMART 29/09/17  
 A CREER  
 ELEVE PILOTE - TRANSPORT  
 BREVET DU PN: TRANSPORT

MOTIF DE L'EXPERTISE: VISA  
 DÉROGATION : DATE, MOTIF, CONDITIONS  
 25 ans - Elève pilote transport - Actualité AV-18

ANTÉCÉDENTS 9/2020 dysparticularia	DERNIÈRE 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.
				G:		
				P:		
DERNIÈRE EXPERTISE	TAILLE	POIDS	POULS	T. A.	EXAMEN GÉNÉRAL	
	180,5	65	68	130/90		
CE JOUR	180,5	65	68	131/82		

ECG de l'@, ASD com -  
 sans particularité  
 DRL OK (opht en attente)

RÉSUMÉ ET CONCLUSION :  
 21a BS S/A opht  
 Apt élève pilote transport

Médecin en chef V. BEYLOT  
 Praticien certifié en Médecine Aéronautique  
 Adjoint - Unité Fonctionnelle de Médecine  
 C.P.E.M.P.N. - HIA PERCY - CLAMART  
 N°RPPS 10004990098

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.

*[Signature]*

CONCLUSION GÉNÉRALE  
**APTE** → 30/09/2018  
 Médecin en Chef J. DEROCHE  
 Médecin-chef adjoint  
 Unité Fonctionnelle de Médecine  
 DEAC/CEMPN - HIA PERCY  
 N° RPPS 1000 49 82 749

SGA	SVA	SCA	SAA
CG	CV	CC	CA
AA	AT	AD	NT
NN	NN	NN	NN
VALIDITÉ			12

APPARTENANCE	NOM, PRÉNOM, GRADE, ADRESSE, UNITÉ OU ORGANISME, TÉL.
NATIONALITÉ	

N.I.F.	H. DEV. DEPUIS DERN. EXP.	TOTAL	DATE, LIEU DE NAISSANCE
--------	---------------------------	-------	-------------------------

CEMPN, DATE	BREVET DU PN
-------------	--------------

MOTIF DE L'EXPERTISE

DÉROGATION : DATE, MOTIF, CONDITIONS

ANTÉCÉDENTS	DERNIÈRE EXPERTISE	SGA	SVA
CGP AF 008		CG	CV
SFB		SCA	SAA
HH 8		CC	CA

**PERSONNEL NAVIGANT DE L'AÉRONAUTIQUE EXAMEN MÉDICAL :**

O. D.	O. G.	EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE										OUVERTURE :	TEMPS :			
ACUITÉ S.C.	12	12	O. D.					I S H I H A	O. G.					O. D.	O. G.	
ACUITÉ A.C.			2	3	4	5	6	7	2	3	4	5	6	7	BLANC	BLANC
KÉRATO-MÉTRIE			8	9	10	11	12	13	8	9	10	11	12	13	BLEU	BLEU
RÉFRACTION SANS CYCLO.			14	15	16	17	18	19	14	15	16	17	18	19	VERT	VERT
RÉFRACTION AVEC CYCLO.			20	21	22	23	24	25	20	21	22	23	24	25	ROUGE	ROUGE
TONUS	10	10													ORANGE	ORANGE
P.A.O.																
P.P.A.																
P.P.C.	3	cm														
HÉTÉROPHORIE DE LOIN	0	H <sub>0</sub>														
HÉTÉROPHORIE DE PRÈS	0'	H <sub>0</sub> '														
PARALLAXE																
SEUIL MORPHOSCOPIQUE																

AVP: P: 101 ODF

KAF: SAuo

Fond: fole p=pele

C/D = 0,5 ODF

Rétine Rde

mobiles équilibrés

APTE → 30/09/2018

RÉSUMÉ ET CONCLUSION :	SGA	SVA	SCA
Après l'examen de la vue et de l'audition, le candidat est jugé apte à exercer ses fonctions.	CG	CV	CC

APPARTENANCE ARMÉE DE L'AIR		NOM, PRÉNOM, GRADE, ADRESSE, UNITÉ OU ORGANISME, TÉL. MBENGUE PAPA MOHAR SOUS LIEUTENANT B4701 10882 SALON DE PROVENCE AIR	
NATIONALITÉ SENEGALAISE		Tel: 02	

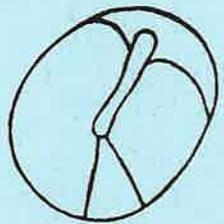
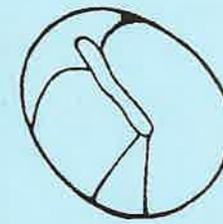
N.I.F.	H. DEV. DEPUIS DERN. EXP.	TOTAL	DATE, LIEU DE NAISSANCE
0	0	0	26/02/1992 DAKAR 990

CEMPN, DATE DLAMART 29/09/17 A CREER	ELEVE PILOTE TRANSPORT	BREVET DU PN
---	---------------------------	--------------

MOTIF DE L'EXPERTISE  
DÉROGATION : DATE, MOTIF, CONDITIONS

ANTÉCÉDENTS	DERNIÈRE EXPERTISE	SGA	SVA
		CG	CV
		SCA	SAA
		CC	CA

**PERSONNEL NAVIGANT DE L'AÉRONAUTIQUE EXAMEN MÉDICAL :**

OTO - RHINO - LARYNGOLOGIE		AUDIOMÉTRIE											
O. D.	O. G.		250	500	1 000	2 000	3 000	4 000	6 000	8 000			
		A	O	C.A.	20	10	15	10	15	15	25	15	
			D	C.O.									
			O	C.A.	10	10	10	10	10	10	20	25	
			G	C.O.									
		D	DENTURE										
			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										

le ORL SF (SP = PAS)  
audis dans la norme, stable

RÉSUMÉ ET CONCLUSION :	SGA	SAA
Apte / P. transport Classe 1	CG	CA

MDA Gratiès BONFORT  
Chirurgien de l'Hôpital des Armées  
Service d'Orl et Chirurgie CERVICO-FACIALE  
HIA PERCY - 01 41 46 61 72. Fax : 920120011

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

(1) Pays de délivrance de licence : <b>FRANCE</b>	(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 : <b>MBENGUE</b>	(4) Nom de jeune fille
(5) Prénom(s) : <b>PAPA NOMAR</b>	(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA)
(8) Lieu et pays de naissance : <b>DAKAR, SENEGAL</b>	(7) Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
(10) Adresse permanente : <b>BA 702</b> Pays : <b>FRANCE</b> N° de téléphone : <b>0656710775</b> Courriel :	(9) Nationalité : <b>SENEGALAISE</b>
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types                      Numéro de licence                      Pays de délivrance	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation
	(14) Type de licence désirée :
	(15) Profession (principale) :
	(16) Employeur : <b>ARMEE DE L'AIR</b>
	(17) Dernier examen médical : Date : <b>28/09/2016</b> Lieu : <b>TOULON</b>
	(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :
	(21) Nombre total d'heures de vol : <b>100</b>
	(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : <b>100</b>
(20) Est ce qu'une autorité aéronautique a refusé de vous délivrer un certificat médical, prononcé une décision de retrait ou de suspension de celui-ci ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date :                      Lieu :	(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : <b>CAT B / XINGU-EMB 121</b>
Détails :	(25) Type de vol envisagé : <b>FORMATION</b>
(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 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 :	

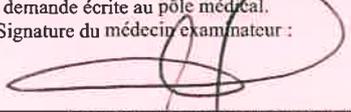
**Antécédents généraux et médicaux : avez vous des antécédents connus d'une des maladies suivantes ?**

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		Oui	Non
(101) Maladie ou opération oculaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Antécédents familiaux</b>		
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(113) Traumatismes crâniens ou commotion	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(124) Test VIH positif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
(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 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 : 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	<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 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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(177) Allergie/asthme/eczéma	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(121) Mal des transports nécessitant médication	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(178) Maladie héréditaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(111) Surdité ou maladie des oreilles	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(179) Glaucome	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
									<b>A remplir uniquement pour les femmes</b>		
									(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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. 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 : **29/9/17**                      Signature du demandeur :                       Signature du médecin examinateur : 

I	Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence
III	Numéro de certificat / Certificate number
IV	Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder MBENGUE Papa Mame
XIV	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY) 26/02/1992
VI	Nationalité / Nationality sénégalaise
VII	Signature du titulaire / Signature of holder 

II	<b>Certificat médical de Classe 1</b> <b>Class 1 medical certificate</b>
IX	Date d'expiration du certificat médical pour (JJ/MM/AAAA) / Expiry date of this certificate for (DD/MM/YYYY) 30 SEP 2022
	Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers 30 SEP 2022
	Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations 30 SEP 2022
	Classe 2 / Class 2 29 SEP. 2022
	LAPL / LAPL

XIII	Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description
X	Date de délivrance / Date of issue 29 SEP 2017
	Signature de l'AMÉ ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor in red Signature of issuing AME or medical assessor in int Unité Fonctionnelle de Médecine DIDJOU MEMPN - HIA PERCY XI Cachet / Stamp LE DIRECTEUR CENTRE PRINCIPAL DE REPERTISE MEDICALE DU PERSONNEL NAVIGANT - PARIS

	Date de l'examen médical / Date of medical examination 29/9/2017
	Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram 29/9/2017
	Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram 29/9/2017

APPARTENANCE ARMÉE DE L'AIR	NOM, PRÉNOM, GRADE, ADRESSE, UNITÉ OU ORGANISME, TÉL. MBENGUE PAPA MOMAR SOUS LIEUTENANT BA 701 Tel.: 0656710775
NATIONALITÉ SENEGALAISE	

N.I.F.	H. DE V. DEPUIS DERN. EXP.	TOTAL 13661 SALON AIR 20	DATE, LIEU DE NAISSANCE 26/02/1992 SENEGAL DAKAR
--------	----------------------------	--------------------------------	--

CEMPN, DATE 28/09/16 00479915	ONELEVE PILOTE - CLASSE I -	MOTIF DE L'EXPERTISE DÉROGATION : DATE, MOTIF, CONDITIONS
-------------------------------------	--------------------------------	--

ANTÉCÉDENTS 26 ans 3 jours F.A cel jet Pneu P.I I. Moin 854	DERNIÈRE EXPERTISE CEMPNA TOULON/BH 24/09/15 CSEEG	SGA SVA CG CV SCA SAA CC CA
---	---	--

## PERSONNEL NAVIGANT DE L'AÉRONAUTIQUE EXAMEN MÉDICAL :

REVISION  
E. E. G.

H. TÊTE-SIÈGE	L. MEMBRE SUP.	L. CUISSE	L. JAMBE	URINES	RADIOLOGIE
				G: $\emptyset$ $\emptyset$ $\emptyset$	Bio: 20.03.15
TAILLE	POIDS	POULS	T. A.	EXAMEN GÉNÉRAL	
189,5	62	59	143/72		
CE JOUR	189,5	65,3	53	138/90	

PH=8,5  
Hb=14,7

TABAC.....	ELECTROCARDIOGRAMME
ALCOOL.....	RYTHME..... A5
SPORT.....	FREQUENCE..... 55-57
MEDICAMENT.....	A QRS.....
$\emptyset$ .....	DUREE PR..... /100'S
	CONCLUSION.....

DATES	LABO	RADIO
Dernières visites (résultats)	2014	N
Prochaine visite?	2015	

RÉSUMÉ ET CONCLUSION :

Apt (niveau Inter sig)

**Médecin en Chef M. MONTIEL**  
 SPÉCIALISTE DE MÉDECINE AÉRONAUTIQUE  
 Centre d'Expertise Médicale  
 du Personnel Navigant  
 H.I.A. Sainte-Anne - TOULON  
 ADELI 961 821 820

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.	<b>CONCLUSION GÉNÉRALE</b> <i>Inapte aux es d'atle</i> <b>Le Médecin Chef des Services Hervé GOMMEAUX</b> Médecin-Chef du Centre d'Expertise Médicale du Personnel Navigant de Toulon ADELI 961 013 257 - FITNESS 830 100 574	<table border="1"> <tr> <td>SGA</td> <td>SVA</td> <td>SCA</td> <td>SAA</td> </tr> <tr> <td>CG</td> <td>CV</td> <td>CC</td> <td>CA</td> </tr> <tr> <td>AA</td> <td>AT</td> <td>AD</td> <td>NT</td> </tr> <tr> <td>NN</td> <td>VALIDITÉ</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	SGA	SVA	SCA	SAA	CG	CV	CC	CA	AA	AT	AD	NT	NN	VALIDITÉ		
SGA	SVA	SCA	SAA															
CG	CV	CC	CA															
AA	AT	AD	NT															
NN	VALIDITÉ																	



PERSONNEL NAVIGANT DE L'AERONAUTIQUE - EXAMEN MEDICAL

Handwritten text and markings in the section below the header, including what appears to be a date and some illegible notes.

TABLE	ELECTROCARDIOGRAMME
ALTEUR	...
POIDS	...
TEMPERATURE	...
PULSATION	...
TENSION ARTERIELLE	...
...	...

TYPE	RATIOS
...	...
...	...

Le Médecin Chef des Services Santé GOMMEAUX  
 Médecin-Chef  
 du Centre d'Expertise Médicale  
 du Personnel Navigant de Toulon  
 4011 901 013 237 - FINESS 890 100 274



CONCLUSION GÉNÉRALE  
 ...  
 ...

APPARTENANCE: ARMEE DE L'AIR  
 NOM, PRÉNOM, GRADE, ADRESSE, UNITÉ OU ORGANISME, TEL.: MBENGUE PAPA MOMAR SOUS LIEUTENANT BA 701  
 Tel.: 0636710775  
 NATIONALITE: SENÉGALE

N.I.F. H.DEV. DEPUIS DERN. EXP. TOTAL: 13661 SALON AIR DATE, LIEU DE NAISSANCE

CEMPN, DATE: 28/09/16  
 BREVET DU PN: GÉNÉRAL BAKAR  
 CEMPNA TOULON ELEVE PILOTE - CLASSE I -

MOTIF DE L'EXPERTISE  
 DÉROGATION: DATE, MOTIF, CONDITIONS

ANTÉCÉDENTS  
 DERNIÈRE EXPERTISE: CEMPNA TOULON/BH 24/09/15  
 SGA SVA  
 CG CV  
 SCA SAA  
 CC CA

**PERSONNEL NAVIGANT DE L'AÉRONAUTIQUE EXAMEN MÉDICAL :**

OTO - RHINO - LARYNGOLOGIE

O. D. O. G.

W  
R

A U D I O M É T R I E	O	C.A.	250	500	1 000	2 000	3 000	4 000	6 000	8 000
		C.O.	103	5	10	35	10	10	90	35
	G	C.A.	5	5	10	5	10	10	10	95
		C.O.								

DENTURE

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	

*Exam satisfaisant*  
*Pluie*  
*Vue ⊕*

RÉSUMÉ ET CONCLUSION:  
 Le Médecin-en chef®  
 M. CASANOVA  
 Expert ORL  
 CEMPNA TOULON

SGA SAA  
 CG CA

APPARTENANCE

NATIONALITÉ

SENEGALAISE

NOM, PRÉNOM, GRADE, ADRESSE, UNITÉ OU ORGANISME, TEL

LA KAR

N.I.F. H. DE V. DEPUIS DERN. EXP. TOTAL DATE, LIEU DE NAISSANCE

CEMPN, DATE BREVET DU PN

CEMPNA TOULON LEVE PILOTE  
28/09/16  
00479915

MOTIF DE L'EXPERTISE

DÉROGATION : DATE, MOTIF, CONDITIONS

ANTÉCÉDENTS

DERNIÈRE EXPERTISE

SGA	SVA
CG	CV
SCA	SAA
CC	CA

**PERSONNEL NAVIGANT DE L'AÉRONAUTIQUE EXAMEN MÉDICAL :**

	O. D.	O. G.
ACUITÉ S.C.	10	10
ACUITÉ A.C.		
KÉRATO-MÉTRIE		
RÉFRACTION SANS CYCLO.		
RÉFRACTION AVEC CYCLO.		
TONUS	20	-17
P.A.O.		
P.P.A.		
P.P.C.	3cm	
	H	V
HÉTÉROPHORIE DE LOIN	0	40
HÉTÉROPHORIE DE PRÈS	0'	40
PARALLAXE	N	
SEUIL MORPHOSCOPIQUE		

EXAMEN OPHTHALMOLOGIQUE

OUVERTURE :

O. D.		O. G.	
2	3	4	5
8	9	10	11
14	15	16	17
20	21	22	23

ISHIARA

BLANC	O. D.	O. G.
BLEU		
VERT		
ROUGE		
ORANGE		

AJP. P<sub>2</sub>-P<sub>2</sub> SC

SA N<sub>2</sub>

FO

0,5 0,6

100 partie 2/3 vision papillaires

06 angle ISV 4 respecté

P20 (9) 14 mm My 0,6 à 5h20

RÉSUMÉ ET CONCLUSION :

12/16

Médecin en Chef LIMPAS Yvon  
SPECIALISTE DES HOPITAUX DES ARMÉES  
Médecin Adjoint du Service Ophtalmologie  
H.I.A. STE-ANNE - TOULON  
N° RPPS : 10004887599  
FINESS 830 100 574

SGA	SVA	SCA
CG	CV	CC

I	Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence
III	Numéro de certificat / Certificate number
IV	Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder MBENGUE Papa Mameur
XIV	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY) 26/02/1992
VI	Nationalité / Nationality Sénégalaise
VII	Signature du titulaire / Signature of holder 

II	<b>Certificat médical de Classe 1</b> <b>Class 1 medical certificate</b>
IX	Date d'expiration du certificat médical pour avec transport de passagers / Expiry date of this certificate for (DD/MM/YYYY) 30 SEP. 2017
	Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers LAPL / LAPL
	Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations 30 SEP. 2021
	Classe 2 / Class 2

XIII	Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description
X	Date de délivrance / Date of issue 30 SEP. 2016
	Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor  XI Cachet / Stamp Le Médecin Chef des Services Hervé GOMMEAUX Médecin-Chef du Centre d'Expertise Médicale du Personnel Navigant de Transport ADELI 961 013 257 - FINESS 830 100 574

	Date de l'examen médical / Date of medical examination 30-09-16
	Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram 30-09-16
	Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram 30-09-16

APPARTENANCE ARMÉE DE L'AIR		NOM, PRÉNOM, GRADE, ADRESSE, UNITÉ OU ORGANISME, TÉL. MBENGUE PAPA MOMAR ASPIRANT 8A 701 Tel.: 10656710775	
NATIONALITÉ SENAGALAISE			
N.I.F.	H. DE V. DEPUIS DERN. EXP.	TOTAL 13461 SALON AIR 15	DATE, LIEU DE NAISSANCE 26/02/1992 SENEGAL 990
CEMPN, DATE CEMPNA TOULON 24/09/15 00479915	MOTIF DE L'EXPERTISE ELEVÉ PILOTE - CLASSE 2 CLASSE 1 - CLASSE 2 VOL A VOILE		BREVET DU PN
DÉROGATION : DATE, MOTIF, CONDITIONS			

ANTÉCÉDENTS 23 ans. deux pilotes "certifiés" - suivis par un médecin → pilote T. ougite → 15 vols T. ougite + 15 vols Pas de problèmes dans l'empire Algérie	DERNIÈRE EXPERTISE CEMPNA TOULON 05/09/14 AAEEG	SGA CG SCA CC	SVA SAA CV CA
---	--	------------------------	------------------------

**PERSONNEL NAVIGANT DE L'AÉRONAUTIQUE EXAMEN MÉDICAL :**

H. TÊTE-SIÈGE	L. MEMBRE SUP.	L. CUISSE	L. JAMBE	URINES G: $\emptyset$ SP P: $\emptyset$ 65	RADIOLOGIE TSTO 20.03.15	E. E. G.
DERNIÈRE EXPERTISE	CE JOUR	TAILLE	POIDS	POULS	T. A.	EXAMEN GÉNÉRAL
		189,5	59,2	67	129/76	
		189,5	68	59	143/72	

TABAC.....	ELECTROCARDIOGRAMME
ALCOOL.....	RYTHME.....
SPORT.....	FREQUENCE.....
MEDICAMENT.....	A QRS.....
.....	DUREE PR..... /100's
.....	CONCLUSION.....

DATES	LABO	RADIO
Dernières visites (résultats)		
Prochaine visite		

AS algérien de  
N. 4  
O. Supplémentaire digital cardio -  
→ 11/07/14 à 15h  
15-16 jours  
Hollan: 24/09/2014 → 1 an à suivre sur le  
passe sans problème  
GTI 2 27/03/2014.  
(25/05/2014) expertant de 210 partant à

RÉSUMÉ ET CONCLUSION :

Après visite pilote classe 1, classe 2  
Toujours très éprouvable niveau

Le Médecin en Chef François-Xavier BROCCO  
Médecin Adjoint  
du Centre d'Expertise Médicale  
du Personnel Navigant de Toulon  
ADELI 981 037 314 - FINESS 830 100 574

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 CEMPNA.		CONCLUSION GÉNÉRALE Toujours très éprouvable	SGA CG SVA CV SCA CC SAA SAA CA VALIDITÉ
Le Médecin Chef des Services Hervé GOMMEAUX Médecin-Chef du Centre d'Expertise Médicale du Personnel Navigant de Toulon ADELI 961 013 257 - FINESS 830 100 574			

N° de l'avis : 2014  
 Date de l'avis : 14/05/2014

**PERSONNEL NAVIGANT DE L'ABONAUTIQUE EXAMEN MEDICAL**

NUMEROUS	PRENOM	NOM	DATE	HEURE	TYPE	REMARQUES
1	...	...	...	...	...	...

TABAC	.....
ALCOOL	.....
SPORT	.....
MEDICAMENT	.....
DURÉE PR	.....
CONJECTURE	.....
ELECTROCARDIOGRAMME	.....

DATES	LABO	RADIO
Dernières visites (résultats)		
Prochaine visite		

Le Médecin en Chef François-Xavier BROCC  
 Médecin Adjoint  
 du Centre d'Expertise Médicale  
 du Personnel Navigant de Toulon  
 ADEL 061 013 257 - FINESS 830 100 574

Le Médecin en Chef des Services Hervé GOMBEAUX  
 Médecin-Chef  
 du Centre d'Expertise Médicale  
 du Personnel Navigant de Toulon  
 ADEL 061 013 257 - FINESS 830 100 574

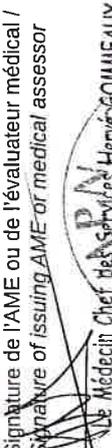
LE DOCTEUR DÉCLARE AVOIR BÉNÉFICÉ DE  
 LA FORMATION OBLIGATOIRE EN  
 MATIÈRE DE DÉTACHÉMENT ET DE  
 DÉPLACEMENTS INTERNATIONAUX  
 EN VUE DE LA RÉalisation DE  
 CE DÉTACHÉMENT.





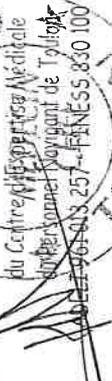
I	Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence <b>FRANCE</b>
III	Numéro de certificat / Certificate number
IV	Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder <b>MBENGUE Papa Moman</b>
XIV	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY) <b>26/02/1992</b>
VI	Nationalité / Nationality <b>Sénégalaise</b>
VII	Signature du titulaire / Signature of holder 

II	<b>Certificat médical de Classe 1</b> <b>Class 1 medical certificate</b>
IX	Date d'expiration du certificat médical pour (JJ/MM/AAAA) / Expiry date of this certificate for (DD/MM/YYYY) <b>24 SEP. 2016</b>
	Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers <b>24 SEP. 2020</b>
	Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations <b>LAPL / LAPL</b>

XIII	Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description
X	Date de délivrance / Date of issue <b>24 SEP. 2015</b>
	Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor 
XI	Cachet / Stamp Le Médecin Chef des Services Hervé-GOMMEAUX Médecin-Chef du Centre d'Expertise Médicale du Personnel Navigatif de Toulouse ADELI 944-013 257 - FINESS 830 100574 

	Date de l'examen médical / Date of medical examination <b>24/09/2015</b>
	Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram <b>24/09/2015</b>
	Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram <b>24/09/2015</b>

	Pays de délivrance (State of issue): <b>FRANCE</b>
	Nom (Last name): <b>MBENGUE</b>
	Prénom (First name): <b>PAPA MOMAR</b>
	Date de naissance (Date of birth): <b>26/02/1992</b>
	Lieu de naissance (Place of birth): <b>Dakar, Sénégal</b>
	Adresse (Address): <b>BA 701</b>
	Nationalité (Nationality): <b>Sénégalaise</b>
	Signature du titulaire (Signature of holder): 

	<b>Certificat médical de classe 2</b> <b>(Class 2 medical certificate)</b>
	Date de l'examen (Date of examination): <b>UOL AUJOUE</b>
	J..... / M..... / A..... D..... / M..... / Y..... <b>24 SEP. 2015</b>
	Date de fin de validité (Expiry date): J..... / M..... / A..... D..... / M..... / Y..... <b>08 AVR. 2017</b>
	Nom du médecin agréé ou du médecin-Chef du C.E.M.A. ou de son suppléant (issuing medical officer): 
	Cachet / Stamp Le Médecin Chef des Services Hervé-GOMMEAUX Médecin-Chef du Centre d'Expertise Médicale du Personnel Navigatif de Toulouse ADELI 944-013 257 - FINESS 830 100574 

	<b>Conditions - Limitations</b>
	LIMITATIONS du ressort du médecin agréé : (Port d'une correction optique, durée de validité limitée, vol VFR de jour uniquement). (Shall wear corrective lenses, restriction of the period of validity, VFR by day only...)
	<b>Dérogations</b> <b>(de la compétence du C.M.A.C.):</b> <b>(Variations [A.M.S. only])</b>

--	--

# RAPPORT D'EXAMEN MÉDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES

Secret médical

Nom : **N BENGUE** Prénoms : **Papa momar** Date de naissance (Jour/ Mois /Année): **26.08.92**  
 Lieu de naissance : **DAKAR (99)**

(201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Approfondi <input type="checkbox"/> Renouvellement ou Revalidation <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <b>189,5</b> cm	(203) Poids <b>79,2</b> kg	(204) Yeux couleur <b>Noir</b>	(205) Cheveux couleur <b>Noir</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHG Systolique <b>128</b> Diastolique <b>76</b>	(207) Pouls au repos Pulsations/min <b>67</b> Rythme
---	---------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	--	---

Examen clinique: Cochez chaque item		Normal	Anormal	Normal		Anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu				(218) Abdomen, hernie, foie, rate		
(209) Bouche, gorge, dents				(219) Anus, rectum (si nécessaire)		
(201) 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) Neurologie - 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.

*220a élève pol change à Ai  
 MC avec*

**Acuité visuelle** (Ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(229) (de loin à 5m / 6m en dixième)	Lunettes / Contact			
Oeil droit, sans correction		corrigée à		
Oeil gauche, sans correction		corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction		corrigée à		

(230) intermédiaire	Sans correction		Avec correction	
N14 lue à 100 cm	Oui	Non	Oui	Non
Oeil droit,				
Oeil gauche,				
Vision binoculaire,				

(231) de près	Sans correction		Avec correction	
N5 lue à 30-50 cm	Oui	Non	Oui	Non
Oeil droit,				
Oeil gauche,				
Vision binoculaire,				

(232) Lunettes	(233) Lentilles de contact
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Type :	Type :
Réfraction éventuelle	OD GD

**(234) Audition** (Ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(si 241 pas fait)	Oreille droite	Oreille gauche
Voix de conversation perçue à 2 m le dos tourné à l'examineur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Audiométrie éventuelle		
HZ	500 1000 2000 3000 4000 5000	
Oreille droite		
Oreille gauche		

**(235) Analyse d'urine**  Normale  Anormale

Glucose	Albumine	Sang	Autres
<i>Ø</i>	<i>Ø</i>	<i>Ø</i>	<i>PH 6</i>

**(248) Commentaires, restrictions, limitations :**

*Ex: MC  
 ECC pour 2 mois non p R  
 220a cu Fdo + Hdo non p R  
 FC*

**(249) Déclaration du médecin-chef du CEMPN**

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) Lieu et date: <b>TRN, 05 SEP. 2014</b>	Nom et adresse du médecin-chef du CEMPN: <i>[Signature]</i>	Cachet du médecin-chef du CEMPN: <b>ADSL 961 013 257 - FITNESS 830 100 574</b>
---	--	---

**(236) Fonction respiratoire - (Peak flow) - (237) Hémoglobine**

<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> anormale (l/min)	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> anormale (g/dl)
--	---

**Rapports annexés** Date Normal Anormal

(238) ECG	<b>5/5/11</b>		<input checked="" type="checkbox"/>
(239) Audiogramme			
(240) Examen Ophtalmologique			
(241) Examen ORL			
(242) RX thorax			
(243) Lipides sanguins	<b>5/5/11</b>		
(244) Fonction respiratoire	<b>5/5/11</b>		
(245) Electro-encéphalogramme			
Autres			

**(246) Perception des couleurs**

Tables pseudo-isochromatiques Type **ISHIHARA**  
 Nombre tables présentées: Nombre d'erreurs:

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

*Apr*  
 Médecin en Chef MONTPELL  
 SPECIALISTE DE MEDICINE GÉNÉRALE  
 Centre d'Expertise Médicale  
 du Parc de l'Aviation  
 H.I.A. Saint-André, 30010 LON  
 05 34 51 11 11

**(247 bis) Décision du médecin-chef du CEMPN**

Restrictions: (à reporter sur le certificat d'aptitude) (12) (99)  
 **KAPTE**  **INAPTE**  
 Demande de dérogation d'aptitude  OUI  NON

JAR FCL paragraphe:  
 Si une dérogation d'aptitude a été délivrée antérieurement par le C.M.A.C. 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**

Dernière visite	<b>9/11/14</b>	
Prochaine visite		

(1) Pays JAA où ce formulaire doit être adressé:	(2) Classe du certificat médical sollicité: <input type="checkbox"/> Classe 1 <input type="checkbox"/> Classe 2
(3) Nom: MBENGUE	(4) Nom de jeune fille:
(5) Prénoms: PAPA MOMAR	(6) Date de naissance: (Jour / Mois / Année) 26/02/92 (7) Sexe: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
(8) Lieu et pays de naissance: DAKAR	(9) Nationalité: (13) Type de licence désirée:

(402) Catégorie d'examen: <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Approfondi <input type="checkbox"/> Renouvellement ou Revalidation <input type="checkbox"/> Recours spécial	(403) Antécédents oto-rhino-laryngologiques :
---	---

**Examen clinique:**

Cochez chaque item

	Normal	Anormal
(404) Tête, face, cou, cuir chevelu		
(405) Cavité buccale, dents		
(406) Pharynx		
(407) Narines et naso-pharynx (y compris rhinoscopie antérieure)		
(408) Système vestibulaire, y compris Romberg		
(409) Elocution		
(410) Sinus		
(411) Conduits auditifs externes, Tympan		
(412) Otoscopie pneumatique		
(413) Tympanométrie, y compris la manœuvre de Valsalva (uniquement à l'examen initial)		

**Tests complémentaires (si indiqués)**

	Date	Normal	Anormal
(414) Audiométrie vocale			
(415) Rhinoscopie postérieure			
(416) ENG; nystagmus spontané et positionnel			
(417) Epreuve calorique différentielle - Epreuve vestibulaire rotatoire			
(418) Laryngoscope directe ou indirecte			

**(419) Audiométrie tonale**

		dB HL (seuil d'audition)							
		250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
A U D I O M E T R I E	O C.A.	15	15	10	10	10	15	15	25
	D C.O.	10	10	10	10	10	15	10	20
	O C.A.	10	10	10	10	10	15	10	20
	G C.O.	10	10	10	10	10	15	10	20

**(420) Audiogramme**

(Diagramme facultatif)

dB/HL	o = Droite		x = Gauche		•••• = conduction aérienne		x = conduction osseuse	
-10								
0								
10								
20								
30								
40								
50								
60								
70								
80								
90								
100								
110								
120								
HZ	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000

**(421) Remarques et recommandations de l'ORL:**

**(422) Déclaration du médecin examinateur:**

Je certifie que j'ai personnellement examiné le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent mes constatations d'une manière complète.

(423) Date (Jour / Mois / Année): 5/9/12

Signature et cachet de l'oto-rhino-laryngologiste examinateur: Docteur O. CATHELINAS  
Spécialiste des Hôpitaux des Armées  
Service d'ORL et Chirurgie cervico-faciale  
H.I.A. STE-ANNE - TOULON  
PS 1000490040 FINISS 830 100 574

# RAPPORT D'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

Annexe au formulaire pour demande de certificat médical

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES

**Secret médical**

(1) Pays JAA où ce formulaire doit être adressé:	(2) Classe du certificat médical sollicité: <input type="checkbox"/> Classe 1 <input type="checkbox"/> Classe 2
(3) Nom: <b>MBENGUE</b>	(4) Nom de jeune fille:
(5) Prénoms: <b>PAPA MOMAR</b>	(6) Date de naissance: (Jour / Mois / Année) <b>26/02/92</b> (7) Sexe: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
(8) Lieu et pays de naissance: <b>DAKAR</b>	(9) Nationalité: (14) Type de licence désirée:

(402) Catégorie d'examen: <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Approfondi <input type="checkbox"/> Renouvellement ou Revalidation <input type="checkbox"/> Recours spécial	(303) Antécédents ophtalmologiques:
---	-------------------------------------

**Examen clinique:**  
Cochez chaque item

	Normal	Anormal
(304) Yeux, aspect externe & paupières		
(305) Yeux, Segment antérieur (lampe à fente, ophtalmoscope.)		
(306) Position et mobilité oculaire	α	
(307) Champs visuels (confrontation)		
(308) Réflexes pupillaires		
(309) Fond de l'œil		
(310) Convergence cm	x	
(311) Accommodation		

(312) Equilibre oculomoteur (en dioptries prismatiques)

A la distance de 5/6 mètres		De près à 30-50 cm	
Ortho	0	Ortho	0
Eso		Eso	
Exo		Exo	
Hyper	h0	Hyper	h'0
Cyclo		Cyclo	
Trople	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Phorie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Epreuve de réserve de lésion: <input type="checkbox"/> Non effectuée <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale			

(313) Perception des couleurs **TW0 = 30"**

Planches pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de planches présentées:	Nombre d'erreurs: <b>0</b>
Test approfondi de perception des couleurs effectué <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Méthode:	
Lanterne de Beyne	NL ANL
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Anomalouscope	NL ANL
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> NORMALE <input type="checkbox"/> ANORMALE	

**Acuité visuelle**  
(314) Vision de loin à 5/6 m

		Lunettes	Lentilles de Contact
Oeil droit sans correction	10/10	corrigée à /10	/10
Oeil gauche sans correction	10/10	corrigée à /10	/10
Vision binoculaire sans correction	/10	corrigée à /10	/10

(315) Vision intermédiaire à 1 m

		Lunettes	Lentilles de Contact
Oeil droit sans correction	P <sub>2</sub> /10	corrigée à /10	/10
Oeil gauche sans correction	P <sub>2</sub> /10	corrigée à /10	/10
Vision binoculaire sans correction	/10	corrigée à /10	/10

(316) Vision de près à 30-50 cm

		Lunettes	Lentilles de Contact
Oeil droit sans correction	P <sub>2</sub> /10	corrigée à /10	/10
Oeil gauche sans correction	P <sub>2</sub> /10	corrigée à /10	/10
Vision binoculaire sans correction	/10	corrigée à /10	/10

(317) Réfraction SOUS CYCLOPLÉGIE

	Sph	Cylindre	Axe	de près-ord
Oeil droit	-0,25	-0,5	5	
Oeil gauche	-0,25	-0,5	170	

(318) Lunettes  Oui  Non

(319) Lentilles de contact  Oui  Non

Type: \_\_\_\_\_

(320) Tension intra-oculaire

Méthode:  Normale  Anormale

Droite: 11 mmHg Gauche: 14 mmHg

(321) Remarques et recommandations de l'ophtalmologiste:

**examen oph. normal  
cu + hipo romaux**

(322) Déclaration du médecin examinateur:

Je certifie que j'ai personnellement examiné le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent mes constatations d'une manière complète.

Lieu et Date (Jour / Mois / Année): **5/9/14**

Signature et cachet du médecin examinateur: **opé**

PROPOSITION D'APTITUDE DU MEDECIN OPHTALMOLOGISTE

Adjoint au Chef de Service  
Service d'Ophtalmologie  
HIA Sainte-Anne - Toulon

(1) Pays JAA de délivrance de licence :		(2) Classe du certificat médical sollicité <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
(3) Nom : MBENGUE		(4) Nom de jeune fille :	(12)
(5) Prénoms : PAPA MOMAR		(6) Date de naissance : (Jour / Mois / Année) 26/02/92	(7) Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fém.
(8) Lieu et pays de naissance : DAKAR, SÉNÉGAL		(9) Nationalité : Sénégalaise	(13) (14) Type de licence désirée :
(10) Adresse permanente : BA 701 Salon-de-Provence Pays : FRANCE N° de téléphone :		(11) Adresse postale : BA 701 (si différente) 13661 Salon-Air Pays : FRANCE	(15) Profession (principale) : Flic-officier
(18) Licence(s) de vol possédées(s) (types) Numéro de licence : Pays de délivrance :		(16) Employeur : Armée de l'air	
(19) Conditions, limitations, dérogations : <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Détails :		(17) Date du dernier examen médical : Date : Lieu :	
(20) Vous a-t-on refusé, suspendu ou retiré un certificat médical d'aptitude au vol ? <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Date : Lieu : Détails :		(21) Nombre total d'heures de vol : 10h	(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 0h
(24) Accidents aériens ou incidents de vol depuis le dernier examen médical ? <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Date : Lieu : Détails :		(23) Types d'avions actuellement utilisés :	
(25) Type de vol envisagé :		(26) Activité aérienne actuelle : <input type="checkbox"/> Pilote seul <input type="checkbox"/> Équipage multi-pilotes	
(27) Alcool - Consommation journalière moyenne :		(28) Faites-vous habituellement usage de médicaments ? <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Nature et dose du médicament / début de l'utilisation / motif :	
(29) Êtes-vous fumeur ? Oui <input type="checkbox"/> Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Quantité : Date de l'arrêt :			

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

À 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 checked="" type="checkbox"/>	(113) Traumatisme crânien	<input checked="" type="checkbox"/>	(124) Positivité au test VIH		<b>Pour les femmes seulement</b>	
(102) Avez-vous porté ou portez-vous des lunettes et/ou des verres de contact	<input checked="" type="checkbox"/>	(114) Maux de tête fréquents ou graves	<input checked="" type="checkbox"/>	(125) Maladie sexuellement transmissible		(150) Affection gynécologique	<input checked="" type="checkbox"/>
		(115) Accès de vertige/évanouissement	<input checked="" type="checkbox"/>	(126) Hospitalisation		(151) Grossesse en cours	<input checked="" type="checkbox"/>
(103) Modifications dans la prescription de lunettes depuis le dernier examen	<input checked="" type="checkbox"/>	(116) Perte de conscience quel qu'en soit le motif	<input checked="" type="checkbox"/>	(127) Toute autre maladie ou blessure		<b>Antécédents familiaux</b>	
(104) Allergie, rhume des foins, eczéma	<input checked="" type="checkbox"/>	(117) Affection neurologique : épilepsie, convulsions, paralysie, etc.	<input checked="" type="checkbox"/>	(128) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical		(170) Affection cardiaque	<input checked="" type="checkbox"/>
(105) Asthme, tuberculose ou maladie pulmonaire	<input checked="" type="checkbox"/>	(118) Troubles psychiques de toute espèce : dépression, anxiété, etc.	<input checked="" type="checkbox"/>	(129) Refus d'assurance vie pour motif médical		(171) Hypertension artérielle	<input checked="" type="checkbox"/>
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	<input checked="" type="checkbox"/>	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	<input checked="" type="checkbox"/>	(130) Refus de licence de vol pour motif médical		(172) Taux élevé de cholestérol	<input checked="" type="checkbox"/>
(107) Hypertension artérielle	<input checked="" type="checkbox"/>	(120) Tentative de suicide	<input checked="" type="checkbox"/>			(173) Épilepsie	<input checked="" type="checkbox"/>
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	<input checked="" type="checkbox"/>	(121) Mal des transports nécessitant médication	<input checked="" type="checkbox"/>			(174) Maladie mentale	<input checked="" type="checkbox"/>
(109) Diabète, désordre hormonal	<input checked="" type="checkbox"/>	(122) Anémie, autre maladie sanguine	<input checked="" type="checkbox"/>	(132) Exemption ou réforme du service national pour motif médical		(175) Diabète	<input checked="" type="checkbox"/>
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	<input checked="" type="checkbox"/>	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	<input checked="" type="checkbox"/>	(133) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie		(176) Tuberculose	<input checked="" type="checkbox"/>
(111) Baisse de l'audition ou maladie des oreilles	<input checked="" type="checkbox"/>					(177) Allergie/asthme/eczéma	<input checked="" type="checkbox"/>
(112) Affection de la gorge ou du nez, trouble du langage	<input checked="" type="checkbox"/>					(178) Maladie héréditaire	<input checked="" type="checkbox"/>
						(178) Glaucome	<input checked="" type="checkbox"/>

(30) Remarques :  
maij.

(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 déjà signalés. Ce formulaire et ses annexes sont adressés au pôle médical de la DSAC/PN, 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 conseil médical de l'aéronautique civile.

Date 26, 02, 92  
Jour mois année

Signature du demandeur : 

Signature du médecin examinateur : 

# Audiométrie tonale



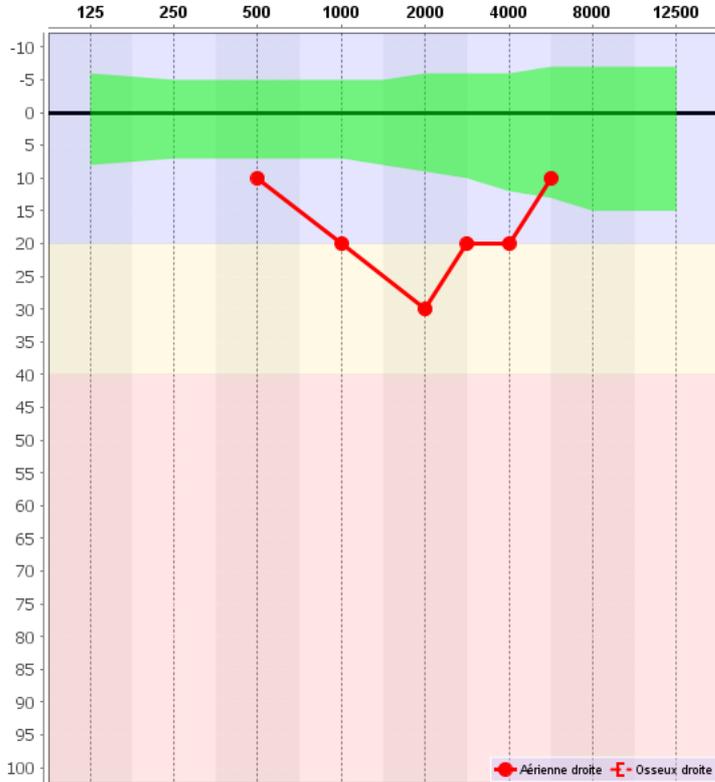
Opérateur : Pauline Cansot

Patient **Papa Momar Mbengue**

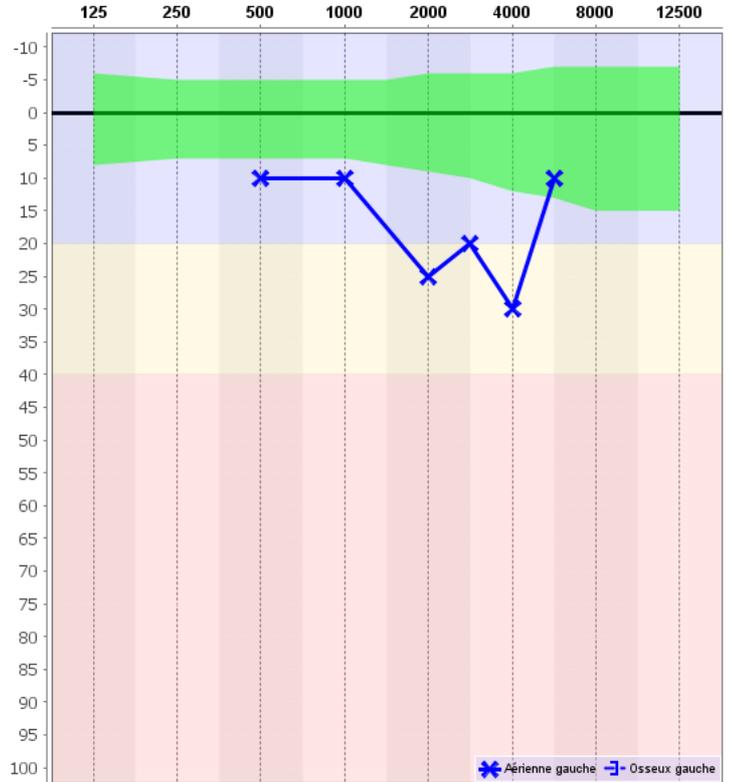
Date de naissance 26 févr. 1992

Date de mesure 14/04/2022 07:47:02

## Droite



## Gauche



Indice Tonal Moyen	Gauche	Droite
Indice Tonal Moyen	15,00 dB HL	20,00 dB HL
Indice précoce d'alerte	20,00 dB HL	16,67 dB HL
Indicateur médico-légal	16,50 dB HL	21,00 dB HL
Indicateur de surdité professionnelle	18,75 dB HL	20,00 dB HL
Sigycop (O= 5)	Coef. : 4	Coef. : 4

### 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