

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

(1) Pays de délivrance de licence : FRANCE		(13) N° référence:	
(3) Nom : NAUDOT		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☒ Classe 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA ☐	
(5) Prénom(s) : HAROLD OAYIO		(12) Genre sollicité ☐ initial ☒ renouvellement/prorogation	
(6) Date de naissance 16/04/1943		(14) Type de licence désirée :	
(7) Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐		(15) Profession (principale) COMMANDANT DE BORD	
(8) Lieu et pays de naissance : CHARENTAIS FRANCE		(16) Employeur : AIR SENEGAL	
(9) Nationalité : FRANCAISE		(17) Dernier examen médical : Date : 11.10.2024 Lieu : DAKAR	
(10) Adresse permanente : Residence SOYAL		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ☒ Oui ☐ détails :	
(11) Adresse postale : (si différente) VILLA 15		(21) Nombre total d'heures de vol : 17510	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéro de licence Pays de délivrance		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 681	
(20) Est ce qu'une autorité aéronautique a refusé de vous délivrer un certificat médical, prononcé une décision de retrait ou de suspension de celui-ci ? Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu :		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : A321 / A319	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu :		(25) Type de vol envisagé : COMMERCIAL	
(26) Consommez vous de l'alcool ? Non ☐ Oui ☒ consommation journalière 0 unités		(27) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☐ Multipilote ☒	
(28) Consommez vous du tabac ? Non jamais ☒ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt : Oui ☐ type et quantité :		(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non ☐ Oui ☒ Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi : LASATAN (COBAR) 50 mg.	

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
☐	☒	☐	☒	☐	☒	Antécédents familiaux	
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐			

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : MAUDOT Prénoms : HAROLD Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 16/04/1963
Lieu de naissance : CHARENTON

(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille <u>198</u> cm	(203) Poids <u>100</u> kg	(204) Yeux couleur <u>Bleu</u>	(205) Cheveux couleur <u>Brun</u>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <u>128</u> Diastolique <u>86</u>	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) <u>83</u> Rythme ☐ régulier ☐ irrégulier
--	-------------------------------	------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---	--

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

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
EDS. A719/320. An Senguel. 61 ans.
Bilan Biol 03-2005 + Eddy. Hbdo peko = PAS. Hypertol pulsate asymp + PSA PAS.
Talpa = 0 Acet = 0.01. III = Lasatan. Antibio = 271/817.62

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 <u>9</u>
Oeil gauche sans correction	Corrigée à <u>9</u>
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à <u>10</u>

(230) Vision Intermédiaire sans correction avec correction
 N14 lu à 100cm

Oui	Non	Oui	Non
☐	☐	☒	☐
Oeil droit	☐	☒	☐
Oeil gauche	☐	☒	☐
Vision binoculaire	☐	☒	☐

(231) de près sans correction avec correction
 N5 lu à 30 - 50cm

Oui	Non	Oui	Non
☐	☐	☒	☐
Oeil droit	☐	☒	☐
Oeil gauche	☐	☒	☐
Vision binoculaire	☐	☒	☐

(232) Lunettes (233) Lentilles de contact

Oui ☒ Non ☐	Oui ☐ Non ☐
Type : <u>A</u>	Type : <u></u>
Réfraction Sph	Cylindre Axe Ajouter
Oeil droit	
Oeil gauche	

(313) Perception des couleurs Normale ☐ Anormale ☐
 Tables pseudo-isochromatiques Type I S H I H A R A 1
 Nombre de tables présentées 20 Nombre d'erreurs 1

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

Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	Oui ☒ Non ☐	Oui ☒ Non ☐
--	--	--

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

VEMS/CV	%	Peak Flow (l/min)	Hémoglobine (g/dl)
Normal ☐ Anormal ☐		Normal ☐ Anormal ☐	<u>11.3</u> (g/dl)

(248) Commentaires, limitations : UML.

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

Rapports annexés

Rapports annexés	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	☐	<u>10-06-25</u>	☒	☐
(239) Audiogramme	☐		☐	☐
(240) Examen Ophtalmologique	☐		☐	☐
(241) Examen ORL	☐		☐	☐
(242) Lipides sanguins	☐		☐	☐
(243) Fonction respiratoire	☐		☐	☐
(320) Tonométrie G : D : mmHg	☐		☐	☐
(244) Divers(Sujet?)	☐		☐	☐

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

Avis : Apt Nom : Dr Patrick CORREA
 Signature : [Signature]

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

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

➤ Renvoi/concertation
 Si une décision a été prise antérieurement par l'autorité en inscrire ici les références et le libellé complet et les reporter sur le certificat d'aptitude remis au candidat.
 Décision N° du
 Libellé :

Champ d'application du certificat

CLASSE 1	CLASSE 2	LAPL	PNC/CCA
☒	☒	☒	☐

(249) Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé
 Je soussigne certifie que j'ai personnellement examiné (ou que mon groupe de médecins-conseils agréés a examiné) le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent nos constatations d'une manière complète.
 (250) date :
 et lieu :
 Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé :
 Fax :
 Téléphone :
 E-mail :
 Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature :
 Numéro d'AME :
UML.
Apte classe 1 -> 17-10-2025.

Dr Patrick CORREA
 Médecine Aéronautique
 SN-MED-004
 DGAC N°3857 - FAA-00773

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

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

CLASSE 2 / LAPL
CLASS 2 / LAPL

CERTIFICAT MÉDICAL
Medical certificate



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

MED.A.020 Diminution de l'aptitude médicale

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

- 1) ont connaissance d'une quelconque diminution de leur aptitude médicale susceptible de les rendre incapables d'exercer ces privilèges de toute sécurité ;
- 2) prennent des médicaments ou non prescrits qui ont des effets susceptibles d'altérer leur aptitude médicale ;
- 3) reçoivent tout traitement médical, chirurgical ou autre susceptible d'influer sur la sécurité des vols.

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

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

MED.A.020 Decrease in medical fitness

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

- 1) are aware of any decrease in their medical fitness which might render them unable to safely exercise those privileges ;
- 2) take or use any medication which is likely to interfere with the safe exercise of the privileges of the applicable licence ;
- 3) receive any medical, surgical or other treatment that is likely to interfere with flight safety.

b) In addition, licence holders shall, without undue delay, seek aero-medical advice when they :

- 1) have undergone a surgical operation or invasive procedure ;
- 2) have commenced the regular use of any medication ;
- 3) have suffered significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew ;
- 4) have been suffering from any significant illness involving incapacity to function as a member of the flight crew ;
- 5) are pregnant ;
- 6) have been admitted to hospital or medical clinic ;
- 7) first require correcting lenses.

I	Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence
II	Numéro de certificat / Certificate number Fr FEL0029365
III	Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder MAUDOT Harold David
IV	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY) 16-04-1963
V	Nationalité / Nationality Française
VII	Signature du titulaire / Signature of holder

II	Certificat médical de Classe 1 Class 1 medical certificate
IX	Date d'expiration du certificat médical pour (JJ/MM/AAAA) / Expiry date of this certificate for (DD/MM/YYYY) 17-10-2025
	Classe 1, exploitation commerciale monoplane avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers 17-10-2025
	Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations 17-10-2025
	Classe 2 / Class 2 10-04-2026
	LAPL / LAPL 10-04-2027

XIII	Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description VNL
X	Date de délivrance / Date of issue 10-04-2025
	Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor
	Dr Patrick CORREA Médecine Aéronautique SIN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773
	XI Cachet / Stamp

	Date de l'examen médical / Date of medical examination 10-04-2025
	Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram 10-04-2025
	Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram 12-04-2024