

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 : GURY		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☒ Classe 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA ☐	
(5) Prénom(s) : Ahmed		(4) Nom de naissance :	
(6) Date de naissance : 12/06/1988		(7) Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐	
(8) Lieu et pays de naissance : Senegal / FR		(12) Genre sollicité : ☐ initial ☒ renouvellement/prorogation	
(10) Adresse permanente : Saly, Orange 43		(14) Type de licence désirée : CLASSE 1	
(11) Adresse postale : (si différente)		(15) Profession (principale) : PILOTE	
(16) Employeur : AIR SENEGAL		(17) Dernier examen médical : Date : 05/05/22 Lieu : KEHL, ALGERIE	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types : APL A Numéro de licence : 00312079 Pays de délivrance : FR		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ☒ Oui ☐ 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 ☒ Oui ☐ Date : Lieu :		(21) Nombre total d'heures de vol : 3300	
(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 480		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : A320	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu :		(25) Type de vol envisagé : COMMERCIAL	
(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☐ Multipilote ☒		(28) Prenez-vous actuellement des médicaments ? Non ☒ Oui ☐ Nature et dose du médicament, depuis quand est-il pris et pourquoi :	
(27) Consommez-vous de l'alcool ? Non ☒ Oui ☐ consommation journalière unités			
(29) Consommez-vous du tabac ? Non jamais ☐ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt : Oui ☒ type et quantité : 15/jr			

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 : GORY		Prénoms : Amard		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 12/06/1988		Lieu de naissance : ST LOUIS DU SENEGAL	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☒ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 177 cm	(203) Poids 110 kg	(204) Yeux couleur Brun	(205) Cheveux couleur Brun	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 119 Diastolique 76	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 68 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, tympons, 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
OP. A320. An Senegal SA. (2022) 34 ans. Aucun symptôme.
(226) Tactatologie des.
Tabcu = 10-18
Arle = 100
III = 0
Spuit = 1

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

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

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

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**

Oui ☐	Non ☒	Oui ☐	Non ☐
Type :		Type :	
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe
Œil droit			Ajouter
Œil gauche			

(313) **Perception des couleurs** Normale ☐ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques	90	Type I S H I H A R A	0
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 ☒ 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 ☐	15,3

(248) **Commentaires, limitations :**

Apte classe 1 → 12-05-2024

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

Glucose	0	Protéines	0	Sang	0	Autres	
---------	----------	-----------	----------	------	----------	--------	--

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	☐	02-05-2024	☐	☐
(239) Audiogramme	☐	02-05-2024	☒	☐
(240) Examen Ophtalmologique	☐	02-05-2024	☒	☐
(241) Examen ORL	☐	02-05-2024	☒	☐
(242) Lipides sanguins	☐	02-05-2024	☒	☐
(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 : **Apte** Nom : **Dr Patrick CORREA**
 Signature : **Médecine Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773**

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

☒ **APTE pour la classe :**
☐ **certificat médical délivré par le soussigné (copie jointe) pour la classe :**
☐ **INAPTE pour la classe :**
☐ **Remis pour une évaluation complémentaire, dans l'affirmative, indiquer :**
 le destinataire :
 le motif :
 Renvoi/concertation
 Si une décision a été prise antérieurement par l'autorité en inscrire ici les références et le libellé complet et les reporter sur le certificat d'aptitude remis au candidat.
 Décision N° du
 Libellé :
 Champ d'application du certificat : **CLASSE 1** ☒ **CLASSE 2** ☒ **LAPL** ☒ **PNC/CCA** ☐

(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 : 02-05-2024	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : Dr Patrick CORREA Médecine Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773 Numéro d'AME :
--------------------------------	--	--

CLASSE 1 / 2 / LAPL
CLASS 1 / 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 ou certificats qui y sont liés s'ils :
 - 1) ont connaissance d'une quelconque diminution de leur aptitude médicale susceptible de les rendre incapables d'exercer ces privilèges en toute sécurité ;
 - 2) prennent ou utilisent des médicaments prescrits ou non prescrits qui sont susceptibles d'influer sur l'exercice en toute sécurité des privilèges de la licence en question ;
 - 3) reçoivent tout traitement médical, chirurgical ou autre susceptible d'influer sur la sécurité des vols.
- b) En outre, les titulaires de licence tâchent d'obtenir, sans retard indu, un avis aéromédical :
 - 1) s'ils ont subi une opération chirurgicale ou une procédure invasive ;
 - 2) s'ils ont entamé la prise régulière d'un médicament ;
 - 3) s'ils souffrent de toute blessure importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
 - 4) s'ils souffrent d'une maladie importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
 - 5) en cas de grossesse ;
 - 6) s'ils ont été admis dans un hôpital ou une clinique médicale ;
 - 7) s'ils ont besoin de verres correcteurs pour la première fois.

MED.A.020 Decrease in medical fitness

- a) Licence holders shall not exercise the privileges of their licence and related ratings or certificates at any time when they :
 - 1) are aware of any decrease in their medical fitness which might render them unable to safely exercise those privileges ;
 - 2) take or use any prescribed or non-prescribed medication which is likely to interfere with the safe exercise of the privileges of the applicable licence ;
 - 3) receive any medical, surgical or other treatment that is likely to interfere with flight safety.
- b) In addition, licence holders shall, without undue delay, seek aero-medical advice when they :
 - 1) have undergone a surgical operation or invasive procedure ;
 - 2) have commenced the regular use of any medication ;
 - 3) have suffered any significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew ;
 - 4) have been suffering from any significant illness involving incapacity to function as a member of the flight crew ;
 - 5) are pregnant ;
 - 6) have been admitted to hospital or medical clinic ;
 - 7) first require correcting lenses.

Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence

Numéro de certificat / Certificate number

492 4003-1829

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

GURRY Arnold.

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

VI Nationalité / Nationality

FRANCIS

VII Signature du titulaire / Signature of holder,

II Certificat médical de Classe 1

Class 1 medical certificate

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

Classe 1, exploitation commerciale monopilot
avec transport de passagers /

Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers

12 MAY 2024

**Classe 1, autres exploitations commerciales /
Class 1 other commercial operations**

12 MAY 2024

Classe 2 / Class 2

02 MAY 2028

LAPL / LAPL

02 MAI 2028

XIII Limitations / Limitations

X Date de délivrance / Date of issue

02 MAI 2023

Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical /
Signature of issuing AME or medical assessor

XI Cachet / Stamp

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

Date de l'examen médical /
Date of medical examination

02 MAI 2023

Date du dernier électrocardiogramme /
Date of last electrocardiogram

02 MAI 2023

Date du dernier audiogramme /
Date of last audiogram

02 MAI 2023