

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) Pays de délivrance de licence :<br><b>FRANCE</b>                                                                                                                                                                                                                 | (13) N° référence:                                                                                                                                                                           | (2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input checked="" type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/> |
| (3) Nom : <b>BADIANE</b>                                                                                                                                                                                                                                             | (4) Nom de naissance                                                                                                                                                                         | (12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation                                                            |
| (5) Prénom(s) : <b>Ephadji I.B.N</b>                                                                                                                                                                                                                                 | (6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA)<br><b>07/07/1998</b>                                                                                                                                      | (7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>                                                                                        |
| (8) Lieu et pays de naissance :<br><b>TAIBANDIAYE / SENEGAL</b>                                                                                                                                                                                                      | (9) Nationalité :                                                                                                                                                                            | (14) Type de licence désirée : <b>PILOTE DE LIGNE</b>                                                                                                                           |
| (10) Adresse permanente :<br><b>Kouy Mallak</b>                                                                                                                                                                                                                      | (11) Adresse postale : (si différente)                                                                                                                                                       | (15) Profession (principale) : <b>ELEVE PILOTE</b>                                                                                                                              |
| Pays : <b>SENEGAL</b><br>N° de téléphone : <b>77-224-53-47</b><br>Courriel : <b>badiane.ephadji@gmail.com</b>                                                                                                                                                        | (16) Employeur : <b>AIR SENEGAL</b>                                                                                                                                                          | (17) Dernier examen médical :<br>Date : <b>04-06-2024</b><br>Lieu : <b>AMS</b>                                                                                                  |
| (18) Licence(s) de vol possédée(s)<br>types                      Numéro de licence                      Pays de délivrance                                                                                                                                           | (19) Conditions, limitations du certificat médical:<br>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 ?<br>Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date :                      Lieu : | (21) Nombre total d'heures de vol : <b>222H45</b>                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                 |
| (24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ?<br>Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date :                      Lieu :                                                                    | (22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                 |
| (27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités                                                                                                                               | (23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :<br><b>MULTI-ENGINE-PISTON</b>                                                                                                        |                                                                                                                                                                                 |
| (29) Consommez vous du tabac ?<br>Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt :<br>Oui <input type="checkbox"/> type et quantité :                                                                      | (25) Type de vol envisagé : <b>VOLS D'INSTRUCTION</b>                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      | (26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input checked="" type="checkbox"/>                                                                        |                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      | (28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/><br>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"/> |                                     |
| (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"/> |                                     |
| (104) Allergie ou rhume des foins                                                             | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (115) Accès de vertige/évanouissement                                         | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil                      | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| (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"/> |                                     |
| (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"/> |                                     |
| (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"/> |                                     |
| (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"/> |                                     |
| (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"/> |                                     |
| (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"/> |                                     |
| (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) Exempt  ou réformé du service national pour motif médical | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
|                                                                                               |                          |                                     |                                                                               |                          |                                     | (134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie         | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| <b>Antécédents familiaux</b>                                                                  |                          |                                     |                                                                               |                          |                                     |                                                                 |                          |                                     |                                     |
| (170) Affection cardiaque                                                                     |                          |                                     |                                                                               |                          |                                     |                                                                 |                          | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (171) Hypertension artérielle                                                                 |                          |                                     |                                                                               |                          |                                     |                                                                 |                          | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (172) Taux élevé de cholestérol                                                               |                          |                                     |                                                                               |                          |                                     |                                                                 |                          | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (173) Epilepsie                                                                               |                          |                                     |                                                                               |                          |                                     |                                                                 |                          | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (174) Maladie mentale/suicide                                                                 |                          |                                     |                                                                               |                          |                                     |                                                                 |                          | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (175) Diab te                                                                                 |                          |                                     |                                                                               |                          |                                     |                                                                 |                          | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (176) Tuberculose                                                                             |                          |                                     |                                                                               |                          |                                     |                                                                 |                          | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (177) Allergie/asthme/ecz ma                                                                  |                          |                                     |                                                                               |                          |                                     |                                                                 |                          | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (178) Maladie h r ditaire                                                                     |                          |                                     |                                                                               |                          |                                     |                                                                 |                          | <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(s), 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 s c re aux questions qui m'ont été posées lors du présent examen et ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé autres que ceux que j'ai signalés. Je comprends qu'en cas de fausse déclaration ou erreur, l'autorité de licence peut me retirer tout certificat médical déjà accordé ou refuser de me fournir un nouveau certificat médical, sans préjudice de toute autre action applicable en vertu du droit national. CONSENTEMENT   LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MÉDICALES : En cas de nécessité, j'autorise la transmission de ce rapport et de ses annexes, dans le respect du secret médical, au médecin évaluateur de l'autorité compétente de mon AME, ainsi qu'aux professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une évaluation médicale ou dans le cadre d'un recours. En reconnaissant que ces documents ou données stockées électroniquement doivent être utilisés pour compléter une évaluation médicale et deviendront et resteront la propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès conformément à la législation nationale. Le secret médical sera respecté à tout moment. NOTIFICATION DE DIVULGATION DE DONNÉES PERSONNELLES. Je déclare par la présente que j'ai été informé et que je comprends que les données contenues dans mon certificat médical selon l'ARA MED 130 peuvent être stockées électroniquement et mis à la disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MED A.035 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA MED 150 (c) (4).

Date : **24/07/2025**

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :



# RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

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

NOM : **BADIANE** Prénoms : **ELHADJI I.B.N** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **07/07/1998**  
Lieu de naissance : **TAIBA NGIAYE**

|                                                                                                                                                                                                        |                               |                             |                                      |                                      |                                                                                            |                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (201) Catégorie d'examen<br><input type="checkbox"/> Initial<br><input type="checkbox"/> Prorogation<br><input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement<br><input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille<br><b>184</b> cm | (203) Poids<br><b>70</b> kg | (204) Yeux<br>couleur <b>Nouveau</b> | (205) Cheveux<br>couleur <b>Noir</b> | (206) Tension artérielle (assis)<br>mmHg<br>Systolique <b>118</b><br>Diastolique <b>86</b> | (207) Pouls au repos<br>Pulsations (bpm) <b>89</b><br>Rythme <input checked="" type="checkbox"/> Régulier<br><input type="checkbox"/> Irrégulier |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Examen clinique : Cochez chaque item**

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

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

**ET Non Sereux 3A (Beau Armeur du) 27ans**  
**celibataire sans e-fut - PVC**

**Tdpne = 0**  
**Sticof = 0**  
**Spuf = +**  
**Neof = 0**

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

|                                     |          |            |  |
|-------------------------------------|----------|------------|--|
| Ceil droit sans correction          | <b>7</b> | Corrigée à |  |
| Ceil gauche sans correction         | <b>7</b> | Corrigée à |  |
| Vision binoculaire, sans correction | <b>8</b> | Corrigée à |  |

(230) Vision Intermédiaire  
N14 lu à 100cm

| sans correction                     |                          | avec correction          |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Oui                                 | Non                      | Oui                      | Non                      |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <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                      |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(232) Lunettes  
Oui ☐ Non ☒  
Type : **S**  
Réfraction : Sph  
Cil droit :  
Cil gauche :

(233) Lentilles de contact  
Oui ☐ Non ☒  
Type :  
Cylindre :  
Axe :  
Ajouter :

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

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

| Oreille droite                      |                          | Oreille gauche                      |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Oui                                 | Non                      | Oui                                 | Non                      |
| <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"/> |

Audiométrie éventuelle

| Hz             | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 |
|----------------|-----|------|------|------|------|------|
| Oreille droite |     |      |      |      |      |      |
| Oreille gauche |     |      |      |      |      |      |

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

|                                 |                                  |                                 |                                  |                                            |
|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------|
| VEMS/CV                         | %                                | Peak Flow                       | (l/min)                          | (g/dl)                                     |
| Normal <input type="checkbox"/> | Anormal <input type="checkbox"/> | Normal <input type="checkbox"/> | Anormal <input type="checkbox"/> | Normal <input checked="" type="checkbox"/> |

(248) Commentaires, limitations :

(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 : | 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 : |
| et lieu :    | Fax :                                                          | Numéro d'AME :                                                      |
|              | Telephone :                                                    |                                                                     |
|              | E-mail :                                                       |                                                                     |

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

Rapports annexés

|                               | Non réalisé              | Date            | normal                              | anormal                  |
|-------------------------------|--------------------------|-----------------|-------------------------------------|--------------------------|
| (238) ECG                     | <input type="checkbox"/> | <b>24/07/21</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 bis) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude

|        |             |
|--------|-------------|
| Avis : | Nom :       |
|        | 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 <input type="checkbox"/> | CLASSE 2 <input type="checkbox"/> | LAPL <input type="checkbox"/> | PNC/CCA <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|





**Dr Mar Ndiaye**

Ophtalmologiste, chirurgie oculaire

ONMS : B 2087

EL HAJ IBRAHIMA BADIANE



Fann résidence, Ave Aimé Césaire X rue D (FN23)



77 232 98 98/ 76 599 46 46/ 76 924 19 19 (WhatsApp)

drmarndiaye@gmail.com

www.ophtalmodrmarndiaye.com

## **ORDONNANCE DE LUNETTES**

ŒIL DROIT : -0.50

ŒIL GAUCHE : -0.50 (-0.25 à 175)

+ PHOTOCHROMIQUES- ANTIREFLETS

+ PD 70

Rapporter l'ordonnance lors de la prochaine consultation

W07/25  
Nom : BADIANE  
Prénom : EPHADJI Ibrahima B. NIASS  
Date de Naissance : 07/07/1998  
Lieu de Naissance : TAIBA NOIANE  
Numéro Tél. : 77 624 53 47  
Poids : 70 kg  
Taille : 1 m 84  
T.A : 148 / 86  
Pouls : 89  
Urines : 0 Cl<sub>y</sub> 0.87 H<sub>y</sub> 11.2

ES Pd  
3/10 ✓

Sams c

OD 17

OG 17

ay 18

ish 19

chp OK

nt OK

BP Ar Sequest  
27ue cell 58  
T=0 Mout 3  
Spit 1st - 1st 22  
BAV/csopt