

(1) Pays de délivrance de licence : SENEGAL		(13) N° référence:										
(3) Nom : CISSE		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input checked="" type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/>										
(5) Prénom(s) : MOHAMED ABDALLAH		(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité <input checked="" type="checkbox"/> initial <input type="checkbox"/> renouvellement/prorogation									
(8) Lieu et pays de naissance : DAKAR SENEGAL		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 18/01/1996	(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>									
(10) Adresse permanente : GOLF NORD 2 GUEDIAWAYE		(9) Nationalité : SENEGALAISE	(14) Type de licence désirée : PILOTE DE LIGNE									
Pays : SENEGAL N° de téléphone : +221774497684 Courriel : MACNESS@OUTLOOK.CO		(11) Adresse postale : (si différente)	(15) Profession (principale) : ETUDIANT									
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéro de licence Pays de délivrance		(16) Employeur : AIR SENEGAL SA										
<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>											(17) Dernier examen médical : Date : 14/12/2021 Lieu : CENTRE D'EXPERTISE MEDICALE DU PERSONNEL AERONAUTIQUE, DAKAR, SENEGAL	
(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 :		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 :		(21) Nombre total d'heures de vol : 4H										
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 4H										
(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 :		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : MONOMOTEUR A PISTON										
		(25) Type de vol envisagé : VOLS D'INSTRUCTION										
		(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 :										

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 « (50) 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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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"/>	(170) Affection cardiaque	<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 :
(123) J'AI UNE FOIS EU LE PALUDISME DE MEME LA GRIPPE . *depuis une période des l'empire*

(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. 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-légale 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 DONNEES 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, distribuées et mises à la disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MEDA.035 (b) (2) (u) / (u) ainsi qu'aux assessors médicaux des autorités compétentes des États membres afin de faciliter l'évaluation des dossiers selon l'ARAMED 130 (c) (4).

Date : **01/02/2022** Signature du demandeur : *[Signature]* Signature du médecin examinateur : **DI. P. CORREA**
Medecin **CEMA Toulouse**



CISSE
 MOHAMED ABDALLAH
 Né(e) le : 18/01/1996 **19877**
 DAKAR

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 checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 185 cm	(203) Poids 68 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique 130	Diastolique 80	Pulsations (bpm) 90	Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> irrégulier

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal		normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(209) Cavité buccale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input 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) Poux, 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
 Cadet Av Senguel. 26ans. EP. Tabac = 0. Alc = 0. Spait = qualité de course à pied.
 Cédite = eult.
 Placenta = a

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

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

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

Œil droit	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil gauche	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Vision binoculaire	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non

(231) **de près** N5 lu à 30 - 50cm

Œil droit	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil gauche	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Vision binoculaire	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non

(232) **Lunettes** (233) **Lentilles de contact**

Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Type :	Type :	Ajouter	
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe
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)

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

(248) **Commentaires, limitations :**
 Apté classe 1 → 11-02-2023

(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 : _____ Fax : _____ Téléphone : _____ E-mail : _____	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : _____ Numéro d'AME : _____
------------------------------------	---	---

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

Glucose	Protéines	Sang	Autres
0	0	0	

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	11-02-22	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>	11-02-22	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique	<input type="checkbox"/>	11-02-22	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL	<input type="checkbox"/>	11-02-22	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins	<input type="checkbox"/>	11-02-22	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Fonction respiratoire	<input type="checkbox"/>	11-02-22	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(320) Tonométrie G : M D : M mmHg	<input type="checkbox"/>	11-02-22	<input checked="" 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 : _____
 Nom : **DR P. CORREA**
 Apt. Médecin : _____
 CEMA Toulouse

(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	CLASSE 2	LAPL	PNC/CCA
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RAPPORT D'EXAMEN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE

COMPLÉTER CETTE PAGE DANS SA TOTALITÉ ET EN LETTRES MAJUSCULES

Secret médical

(1) Pays de délivrance de licence:	(2) Classe du certificat médical demandée: <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA
(3) Nom ou Prénom CISSE MOHAMED ABDALLAH Né(e) le : 18/01/1996 19877	(4) Nom de naissance: (12) Genre sollicité: <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Renouvellement/prorogation
(5) Prénom DAKAR	(6) Date de naissance: (7) Sexe: <input checked="" type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin (13) Numéro de référence :

(401) Consentement à l'envoi de renseignements médicaux
Par la présente, j'autorise la transmission de tout renseignement contenu dans ce rapport et toutes ses annexes à l'AME et, si besoin, au médecin du service aéromédical de l'Autorité, reconnaissant que ces documents ou toutes autres données stockées électroniquement doivent être utilisés pour effectuer une expertise médicale et deviendront et demeureront la propriété de l'Autorité, à la condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès selon le droit national. Le secret médical sera respecté à tout moment.

Date: 11-02-22 Signature du demandeur: [Signature]
Signature du médecin examinateur (AME): Dr. P. CORREA
Medecin
CEMA Toulouse

(402) Catégorie d'examen: <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(403) Antécédents ORL:
---	------------------------

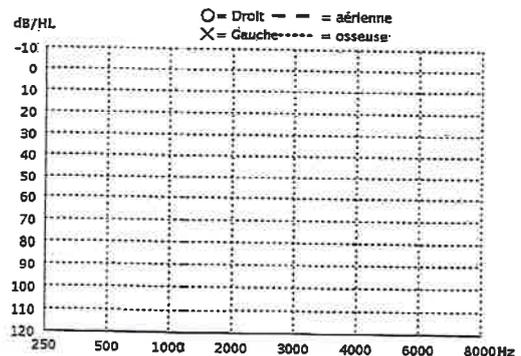
Examen clinique:
Cocher chaque item

	Normal	Anormal
(404) Tête, visage, cou, cuir chevelu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(405) Cavité buccale, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(406) Pharynx	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(407) Narines et naso-pharynx (y compris rhinoscopie antérieure)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(408) Système vestibulaire, y compris Romberg	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(409) Élocution	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(410) Sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(411) Conduits auditifs externes, tympans	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(412) Otoscopie pneumatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(413) Tympanométrie, y compris la manœuvre de Valsalva (uniquement examen initial)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(419) Audiométrie tonale

Hz	dB HL (seuil d'audition)			
	Conduction aérienne		Conduction osseuse	
	Oreille droite	Oreille gauche	Oreille droite	Oreille gauche
250	10	5		
500	5	15		
1000	10	15		
2000	5	5		
3000	0	0		
4000	0	0		
6000	0	0		
8000	5	5		

(420) Audiogramme



Tests supplémentaires (si indiqués)

	Non effectué	Normal	Anormal
(414) Audiométrie vocale	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(415) Rhinoscopie postérieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(416) ENG; nystagmus spontané et positionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(417) Épreuve calorique différentielle - Épreuve vestibulaire rotatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(418) Laryngoscopie directe ou indirecte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(421) Remarques et recommandations ORL:

(422) Déclaration du médecin examinateur:
Je certifie avoir personnellement examiné le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent mes constatations d'une manière complète et correcte.

(423) Lieu et date: <u>11-02-22</u>	Nom et adresse de l'examineur, (en majuscules): E-mail: Telephone No: Fax No:	Cachet et n° de l'AME ou du spécialiste: Proposition d'aptitude du médecin ORL: <input checked="" type="checkbox"/> Apte <input type="checkbox"/> Inapte
--	--	--

Dr. P. CORREA
Medecin
CEMA Toulouse

Audiométrie tonale



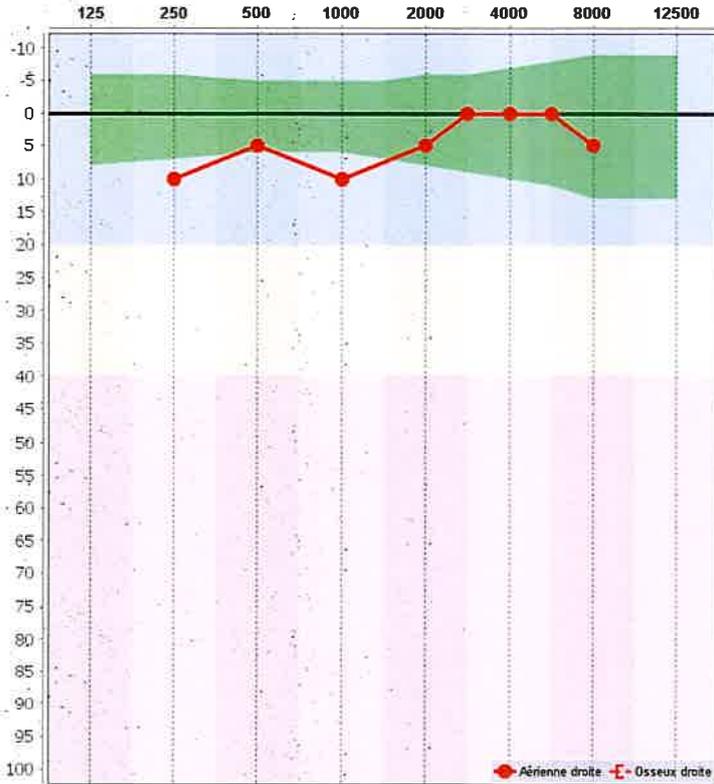
Opérateur : Pauline Cansot

Patient **Mohamed Abdallah Cisse**

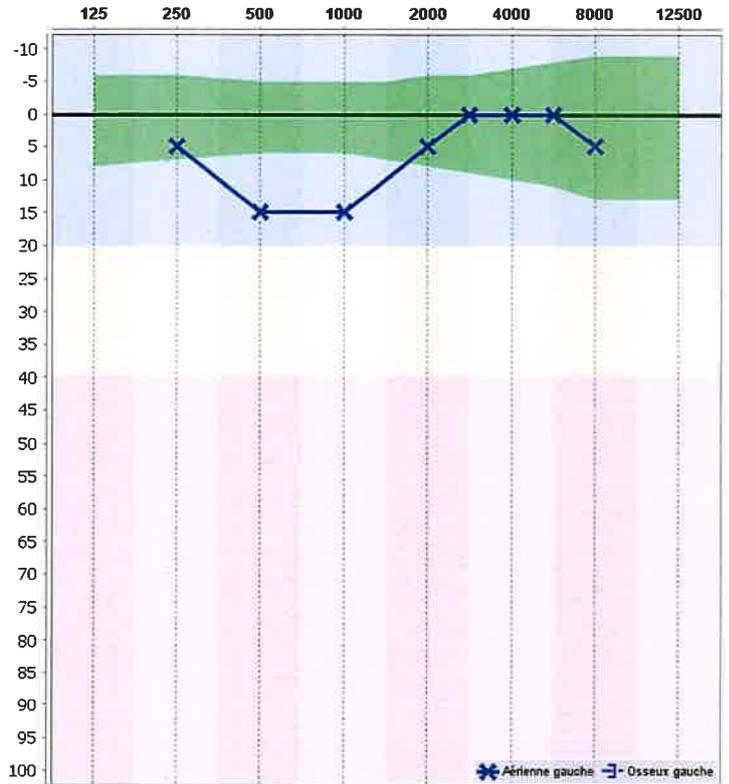
Date de naissance 18 janv. 1996

Date de mesure 11/02/2022 10:49:52

Droite



Gauche



Indice Tonal Moyen	Gauche	Droite
Indice Tonal Moyen	11,67 dB HL	6,67 dB HL
Indice précoce d'alerte	0,00 dB HL	0,00 dB HL
Indicateur médico-légal	10,50 dB HL	6,50 dB HL
Indicateur de surdité professionnelle	8,75 dB HL	5,00 dB HL
Sigycop (O= 2)	Coef. : 2	Coef. : 2

Notes

Appareil utilisé pour la mesure
 Appareil : O:oWin
 S/N : 16088 - 038
 Firmware : 1.1.3d
 Hardware : rev9
 Stimulateur : DD45 HI
 Date de calibration : 26/07/2021

Cissé, Mohamed Abdallah

ID: 19877 Âge: 26 (18/01/1996)

Sexe **Masculin** Taille **185 cm**
 Ethnicité **Africain** Poids **68 kg** IMC **19.9**

CVF avec CV

Votre VEMS/théorique: 85 %

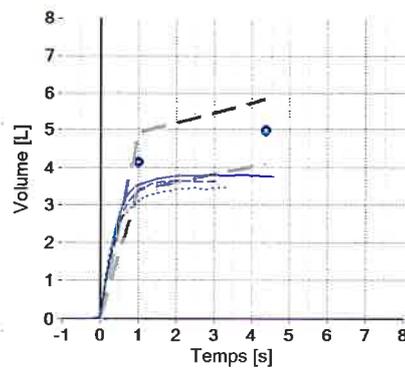
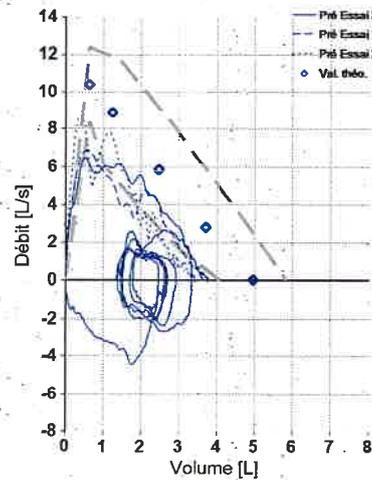
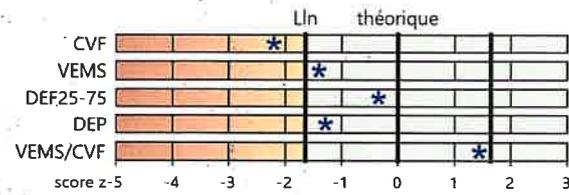
Date du test **11/02/2022 10:53:05** Interprétation **GOLD(2008)/Hardie** Sélection de valeur **Meill. valeur**
 Heure post Val. théo. **ERS (ECCS/EGKS), 1993 * 0,88** BTPS (insp/exp) **1,12/1,02**

Paramètre	Pré						
	Théo.	LIn	Meilleur	Essai 3	Essai 1	Essai 2	%Théo.
CVF [L]	4,96	4,08	3,78*	3,78*	3,64*	3,45*	76
VEMS [L]	4,14	3,41	3,52	3,52	3,34*	3,08*	85
VEMS/CVF	0,825	0,707	0,929	0,929	0,919	0,892	113
DEF25-75 [L/s]	5,17	3,46	4,82	4,82	4,13	4,11	93
DEP [L/s]	10,39	8,40	8,84	6,52*	6,88*	8,84	85
TEF [s]	-	-	4,4	4,4	2,8	3,4	-

* Résultats inf. à la limite normale ou changement post test significatif.

Qualité du test : Pré C (VEMS Var=0,17L (4,9%); CVF Var=0,14L (3,8%))

Interprétation système Pré Spirométrie normale





ZODIAC 901 N/S 37874
Casque N/S _____
Date Cal: 21-Oct-2021

ReMC U.E.F. 85
CEMA TB

Opérateur: Cisse Mohamed
Patient: Abelkhalil 18/1/96
N du Patient: 33
Date: 11-Fév-2022
Heure 11:53

Temp.: FTE-I Gauche

UCA1: 0.88 ml 3.0 ml
UCA2: --- ml
POM1: -55 daP
POM2: --- daP 2.0
POMd: --- daP
Vitesse 400 dP/S 1.0
Dir.: Nés.



Temp.: FTE-I Droite

UCA1: 0.90 ml 3.0 ml
UCA2: --- ml
POM1: -5 daP
POM2: --- daP 2.0
POMd: --- daP
Vitesse 400 dP/S 1.0
Dir.: Nés.



RAPPORT D'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

COMPLÉTER CETTE PAGE DANS SA TOTALITÉ ET EN LETTRES MAJUSCULES

Secret médical

(1) Pays de délivrance de licence:	(2) Classe du certificat médical demandée : <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/OCA	
(3) Nom : CISSE MOHAMED ABDALLAH	(4) Nom de naissance :	(12) Genre sollicité: <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Renouvellement/prorogation
(5) Prénom : Né(e) le : 18/01/1996 19877 DAKAR	(6) Date de naissance:	(7) Sexe: <input checked="" type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
(301) Consentement à l'envoi de renseignements médicaux: Par la présente, j'autorise la transmission de tout renseignement contenu dans ce rapport et toutes ses annexes à l'AME et, si besoin, au médecin du service aéromédical de l'Autorité, reconnaissant que ces documents ou toutes autres données stockées électroniquement doivent être utilisés pour effectuer une expertise médicale et deviendront et demeureront la propriété de l'Autorité, à la condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès selon le droit national. Le secret médical sera respecté à tout moment. Date: 11.02.2022 Signature du demandeur:		(13) Numéro de référence : Signature du médecin examinateur (AME) : Dr J. Y. LAFAILLE Médecine générale CEMA TB-F-05

(302) Catégorie d'examen: <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(303) Antécédents ophtalmologiques: RAS
---	---

Examen clinique:

Contrôler chaque point

	Normal	Anormal
(304) Yeux, aspect externe & paupières	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(305) Yeux, segment antérieur (lampe à fente, ophtalmoscope.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(306) Position et mobilité oculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(307) Champs visuels (confrontation)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(308) Réflexes pupillaires	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(309) Fond d'œil (ophtalmoscopie)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(310) Convergence	PPCS 5 cm	<input type="checkbox"/>
(311) Accommodation	D	<input type="checkbox"/>

(312) Équilibre oculomoteur (en dioptries prismatique)

À la distance de 5/6 mètres		De près à 30-50 cm	
Ortho	<input checked="" type="checkbox"/>	Ortho	<input checked="" type="checkbox"/>
Eso	<input type="checkbox"/>	Eso	<input type="checkbox"/>
Exo	<input type="checkbox"/>	Exo	<input type="checkbox"/>
Hyper	<input type="checkbox"/>	Hyper	<input type="checkbox"/>
Cyclo	<input type="checkbox"/>	Cyclo	<input type="checkbox"/>
Tropie	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	Phorie	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Épreuve de réserve de fusion <input type="checkbox"/> Non effectué <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal			

(313) Perception des couleurs

Planches pseudo-isochromatiques Type: ISHIIHARA (24 planches)
nombre de planches présentées: **24** Nombre d'erreurs: **0**

Test approfondi de perception de couleurs indiqué Oui Non
Méthode: Normal Anormal Oui Non
Lanterne de Beyne Anomaloscope Normal Anormal
 Normal Anormal

(321) Remarques et recommandations ophtalmologiques:

Acuité visuelle:

(314) Vision à distance (à 5/6m)

	Sans correction		Lunettes		Lentilles de contact	
Œil droit	10	/10	Corrigé à	/10	Corrigé à	/10
Œil gauche	10	/10	Corrigé à	/10	Corrigé à	/10
Vision Binoculaire	10	/10	Corrigé à	/10	Corrigé à	/10

(315) Vision à distance intermédiaire (à 1 m)

	Sans correction		Lunettes		Lentilles de contact	
Œil droit	P2	/10	Corrigé à	/10	Corrigé à	/10
Œil gauche	P2	/10	Corrigé à	/10	Corrigé à	/10
Vision Binoculaire	P2	/10	Corrigé à	/10	Corrigé à	/10

(316) Vision de près (à 30-50 cm)

	Sans correction		Lunettes		Lentilles de contact	
Œil droit	P2	/10	Corrigé à	/10	Corrigé à	/10
Œil gauche	P2	/10	Corrigé à	/10	Corrigé à	/10
Vision Binoculaire	P2	/10	Corrigé à	/10	Corrigé à	/10

(317) Réfraction

	Sph	Cylindrique	Axe	Addition
Œil droit	+0,25	-0,50	95	
Œil gauche	0	0	0	

Prescription optique basée sur la réfraction objective:

(318) Lunettes

Oui Non

(319) Lentilles de contact

Oui Non

(320) Tension intra-oculaire

Droit	18	mmHg	Gauche	18	mmHg
-------	-----------	------	--------	-----------	------

Méthode:

Normal Anormal

(322) Déclaration du médecin examinateur:

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

(323) Lieu et date:

11.2.22

Nom et adresse de l'examinateur: (en majuscules):

N° d'AME ou de spécialiste:

Signature du médecin examinateur agréé:

Dr Françoise CLERGUÉ
Ophtalmologiste
N° 311057186
CEMA TB - 05

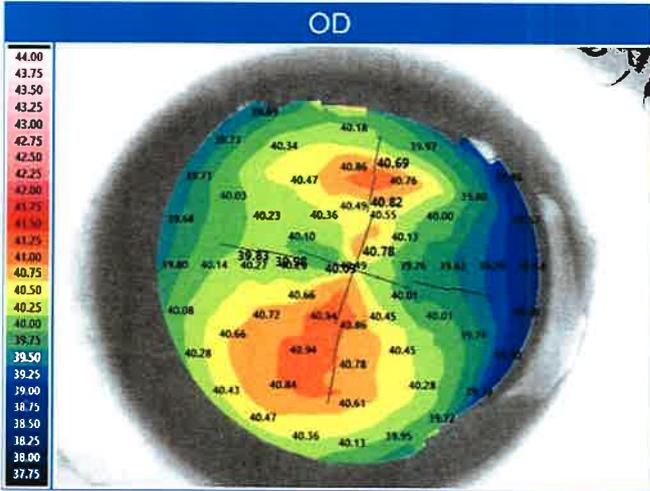
E-mail:
Telephone No:
Fax No:

Proposition d'aptitude du médecin ophtalmologiste

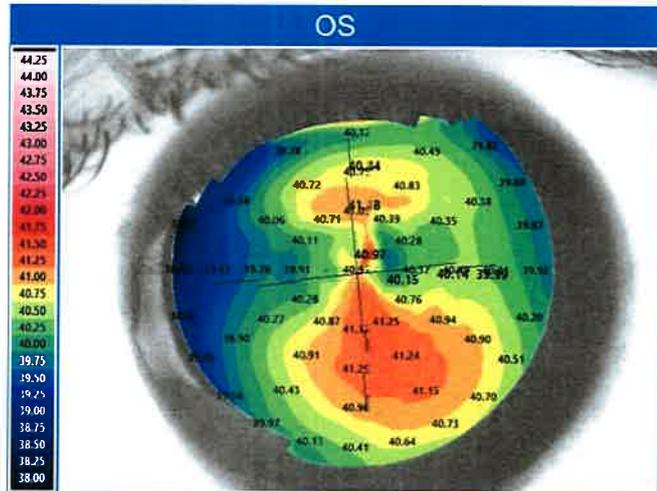
Apte Inapte

Information Patient

Patient	CISSE Mohamed Abdallah	Sexe	M
Patient ID	19877	Date d'Examen	11/02/2022 10:30:34
Date de Naissance	18/01/1996		

MAPPE


D Normalisée - Axiale



D Normalisée - Axiale

Méridiens

3 mm	5 mm	7 mm
40.03 @ 161°	39.98 @ 168°	39.83 @ 169°
40.78 @ 71°	40.82 @ 78°	40.69 @ 79°
-0.76D ax161°	-0.84D ax168°	-0.87D ax169°

3 mm	5 mm	7 mm
40.15 @ 6°	40.14 @ 7°	39.99 @ 4°
40.97 @ 96°	41.18 @ 97°	40.84 @ 94°
-0.83D ax6°	-1.04D ax7°	-0.85D ax4°

Données Cornée

Décentration Cornée	X= -0.53 mm	Y= 0.39 mm
Diamètre	12.67 mm	
Décentration Pupille	N.C.	N.C.
Diamètre Pupille Moyen	N.C.	
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 40.42 D / 3mm: 40.43 D	

Décentration Cornée	X= 0.42 mm	Y= -0.10 mm
Diamètre	12.87 mm	
Décentration Pupille	H= 0.18 mm	V= 0.19 mm
Diamètre Pupille Moyen	3.86 mm	
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 40.67 D / 3mm: 40.67 D	

Détection du Kératocone

AK	AGC	SI	Kpi
40.91 D	0.49 D/mm	0.09 D	0%
Topographie non compatible avec un kératocône			
A	D	Ro - Teta	Rnd

AK	AGC	SI	Kpi
41.96 D	0.82 D/mm	0.26 D	0%
Topographie non compatible avec un kératocône			
A	D	Ro - Teta	Rnd

Indices de Kérato-Réfraction

SD	SAI	Asph.	Kc
SD = 0.36 D	SAI = 0.22 D	e = -0.22	40.46 D

SD	SAI	Asph.	Kc
SD = 0.55 D	SAI = 0.18 D	e = -0.14	40.84 D

Annotations

Patient: **CISSE, Mohamed Abdallah**

Date de naissance: **18/01/1996**

Sexe: **masculin**

Identifiant du patient: **19877**

Haag-Streit Diagnostics AG

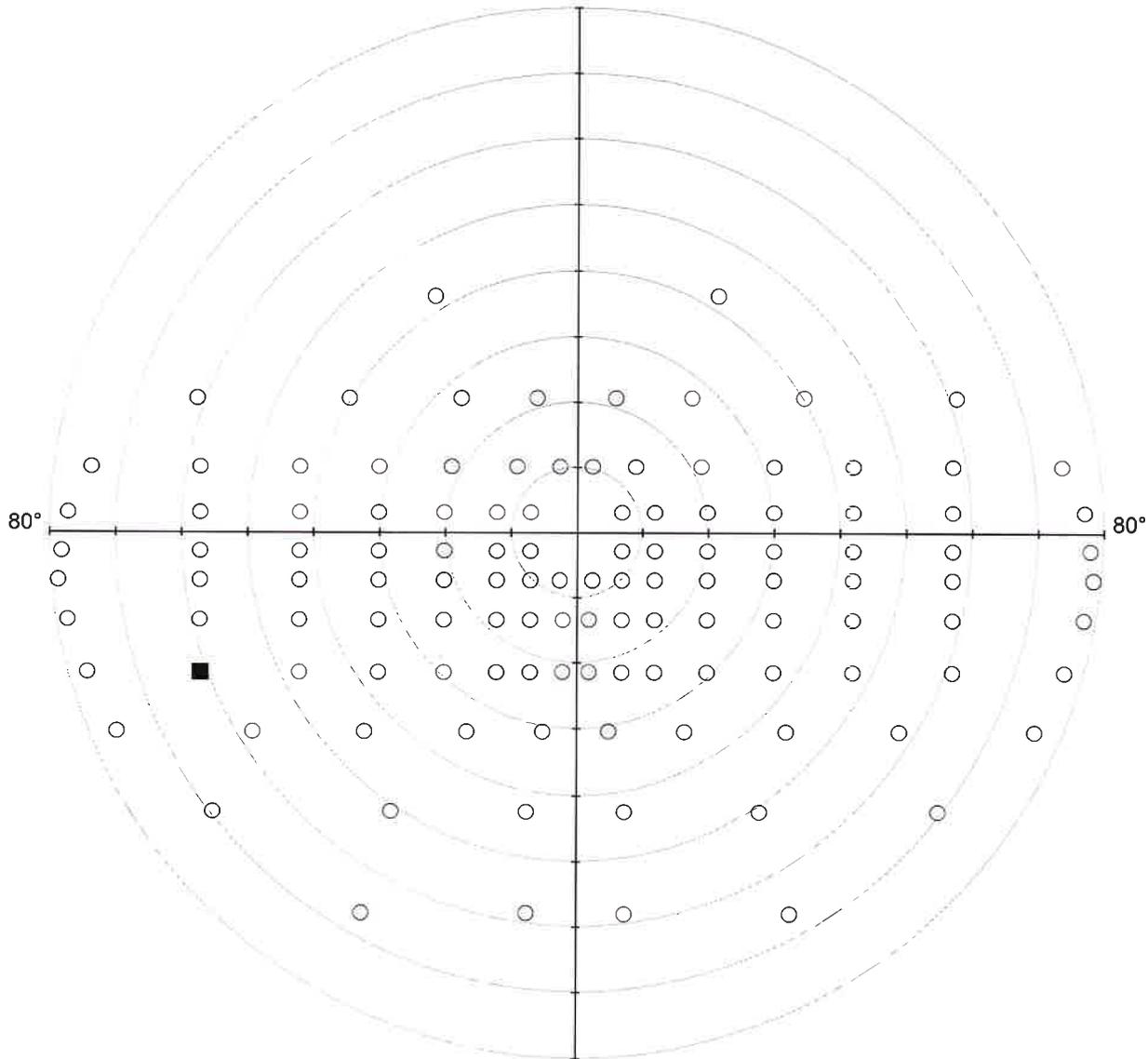
OU Valeur supraliminaire HFA

ET - Esterman

Contrôle de fixation: **Arrêt**
Cible de fixation: **Croix**
Pertes de fixation: **n/a**
Erreurs faux POS: **0/5**
Erreurs faux NÉG: **0/5**
Durée du test: **03:26**

Stimulus: **B/B, III, Blanc**
Fond: **31.4 asb**
Stratégie: **1LT-ET**
Diamètre de la pupille: **Non mesuré**
Acuité visuelle:
Rx:

Date: **11/02/2022**
Heure: **09:17**
Âge: **26**



Score Esterman: **99**

○ Point vu: **119/120**
■ Point non vu: **1/120**
△ Tache aveugle

Commentaires

Signature

OCTOPUS 900

SN: 6363
4.4.1

EyeSuite i9.6.3.0
Norm value table: T215 V1.0 (2019-04-29)
11/02/2022, Page 1/1

HAAG-STREIT
DIAGNOSTICS



Fiche intermédiaire d'examen de la santé mentale

CISSE

MOHAMED ABDALLAH **dates à l'admission CL1 en AeMC**

- SECRET MEDICAL

Né(e) le : 18/01/1996 **19877**
DAKAR

Date de naissance (JJ/MM/AAAA):
Lieu de naissance:
Pays de naissance:

NOM :

Prénoms :

ATCD médico-psychologiques connus: sur le plan personnel depuis l'enfance: oui non

commentaires:

sur le plan familial (parents, fratrie, oncles, tantes, grands-parents, cousins): oui non

commentaires:

traitements / psychotropes: passé(s) et actuel(s) ? oui non

psychothérapie ou suivi psychologique en cours ? oui non dernière ordonnance ?

présentation générale / contact adapté oui non

symptômes cognitifs ? oui non

symptômes psychotiques ? oui non

troubles de l'humeur ? oui non

troubles anxieux ? oui non

trouble des conduites ? oui non

troubles des conduites alimentaires: oui non IMC ? 20,4

tests sanguins:	NFS	GGT	ASAT	ALAT	EAL	CDT
Nie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
aNie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

tests urinaires: cannabis (seuil THC > 50 ng/ml) positif négatif cocaïne (seuil > 300 ng/ml) positif négatif autre ?

signes d'appel à l'examen somatique: oui non

évaluation de la motivation aéronautique, du désir de devenir pilote professionnel ?

Passion reine enfant - influence oncle ingénieur Aero

expérience aéronautique (heures de vol) ? 4

autre / commentaires :

Nom, date et signature du médecin examinateur

Conclusion: absence d'antécédent, d'anomalie décelable, motivation adaptée, etc...

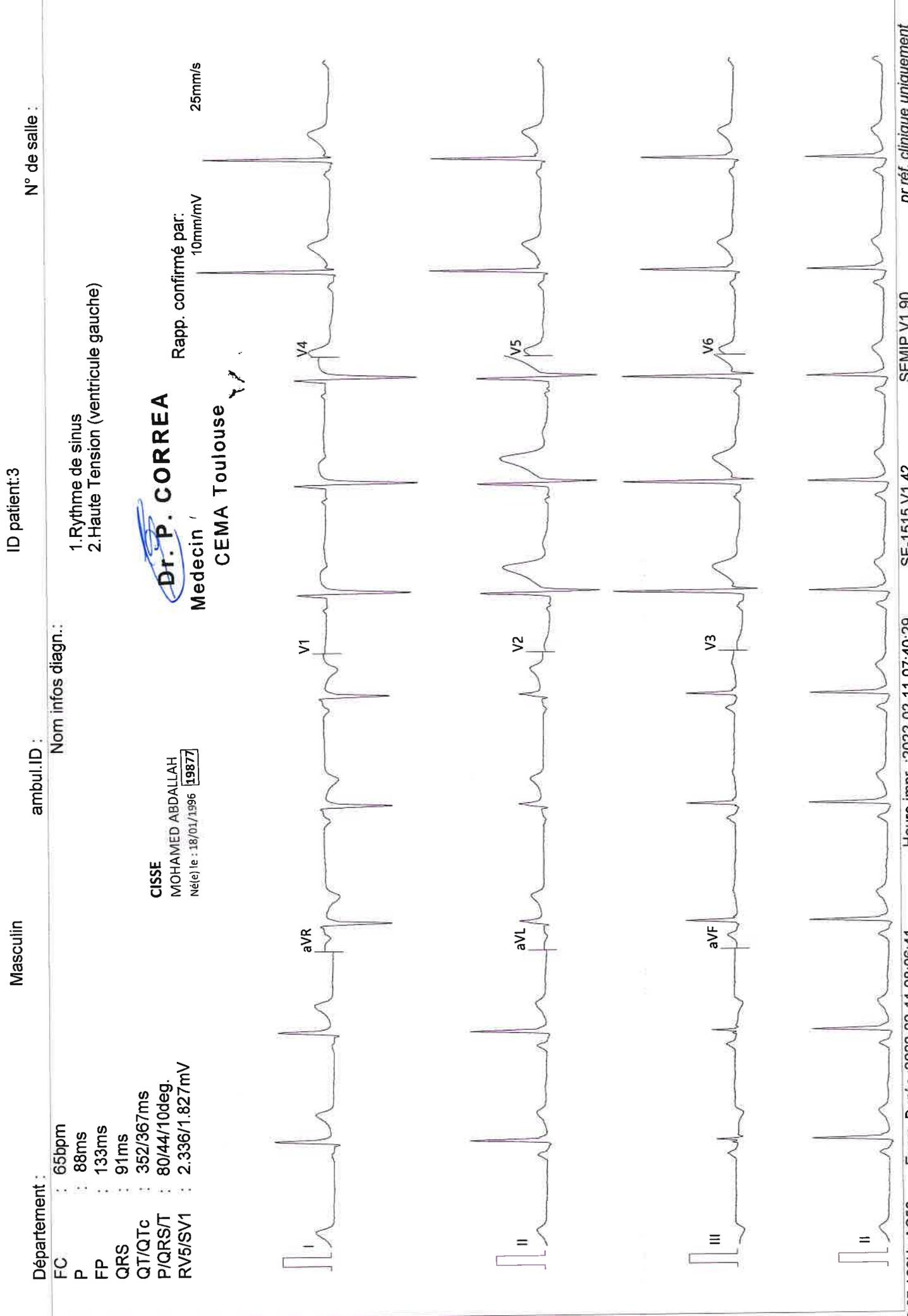
- ou bien: - renvoi au pôle
- bilan avec un psychiatre ou un psychologue clinicien au fait du milieu aéronautique (ayant bénéficié d'une formation agréée par la DGAC)
- CAT à discuter en staff.
- autre:

Nom :
date:

Signature **P. CORREA**

Medecin
CEMA Toulouse

Rapport ECG 12 dériv



Masculin

ID patient:3

N° de salle :

Département :

FC : 65bpm
P : 88ms
FP : 133ms
QRS : 91ms
QT/QTc : 352/367ms
P/QRS/T : 80/44/10deg.
RV5/SV1 : 2.336/1.827mV

Nom infos diagn.:

- 1. Rythme de sinus
- 2. Haute Tension (ventricule gauche)

CISSE

MOHAMED ABDALLAH
Né(e) le : 18/01/1996 19877

Dr. P. CORREA

Medecin

CEMA Toulouse

Rapp. confirmé par:
10mm/mV

25mm/s



CEMPN - CEMA
AÉROPORT DE TOULOUSE BLAGNAC
CS 60030
31701 BLAGNAC CEDEX

Demande : Dr JOURDAN PIERRE
AÉROPORT TOULOUSE BLAGNAC BAT 5 HALL B 3EME ETAGE 31700 BLAG

Patient : M. CISSE MOHAMED ABDALLAH
Né(e) le 18.01.1996

Dossier N° 0120420012 -00 reçu le 09.02.2022 à 11:21
Prélevé le 11.02.2022 à 11:21
Edité le 11.02.2022 à 09:52

Prélèvement non effectué et non identifié par le laboratoire.

HEMATOLOGIE (sang)

Intervalle de référence

Antécédents

NUMERATION GLOBULAIRE

(Principe Coulter et photométrie, Beckman DXH-800)

Globules Blancs	6,1	G/L	N: 4,0 à 11,0
Globules Rouges	4,93	T/L	N: 4,60 à 6,20
Hémoglobine	13,6	g/dL	N: 13,0 à 18,0
Hématocrite	42,0	%	N: 37,0 à 50,0
Volume Globulaire Moyen	85,2	fL	N: 79,0 à 97,0
Taux Globulaire Moyen en Hb	27,6	pg	N: 27,0 à 32,0
Conc Glob Moyenne en Hb	32,4	g/dL	N: 31,0 à 36,0
Indice distribution GR	13,8	%	N: 12,3 à 17,0

FORMULE LEUCOCYTAIRE

(DXH-800, Cytométrie de flux)

POLYNUCLEAIRES

Neutrophiles	46,9 % soit	2,86	G/L	N: 1,50 à 7,50
Eosinophiles	2,0 % soit	0,12	G/L	N: 0,00 à 0,60
Basophiles	0,9 % soit	0,05	G/L	N: 0,00 à 0,20
LYMPHOCYTES	40,6 % soit	2,48	G/L	N: 1,10 à 4,40
MONOCYTES	9,6 % soit	0,59	G/L	N: 0,20 à 0,80

PLAQUETTES

(Principe Coulter, Beckman DXH-800)

Volume plaquettaire moyen	10,1	fL	N: 7,5 à 11,2
---------------------------	------	----	---------------

Compte-rendu d'examens biologiques de:
M. CISSE MOHAMED ABDALLAH
 Dossier N° 0120420012-00 du 11.02.2022 à 11:21
 prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE

Né(e) le 18.01.1996

transmis par CEMPN - CEMA

BIOCHIMIE (sang)

Intervalle de référence

Antécédents

GLYCEMIE 0,81 g/l N: 0,70 - 1,10
 (Colorimétrie, cobas) soit 4,49 mmol/l N: 3,89 - 6,12

CREATININE 76 µmol/l N: 59 - 104
 (Méthode enzymatique, Cobas) soit 9 mg/l N: 7 - 12

ESTIMATION DU DEBIT DE FILTRATION GLOMERULAIRE (selon équation CKD-EPI)

DFG origine caucasienne **120** ml/min/1.73m²

DFG origine africaine subsaharienne et afro-américaine **138** ml/min/1.73m²

Stade	DFG (ml/min/1,73 m ²)	Interprétation
1	> ou = 90	Débit de filtration glomérulaire normal
2	60 - 89	Débit de filtration glomérulaire légèrement diminué
3A	45 - 59	Insuffisance rénale modérée
3B	30 - 44	Insuffisance rénale modérée
4	15 - 29	Insuffisance rénale sévère
5	< 15	Insuffisance rénale terminale

ACIDE URIQUE 59 mg/l N: 34 - 70
 (Colorimétrie enzymatique, Cobas) soit 351,1 µmol/l N: 202,3 - 416,5

Remarque : l'objectif thérapeutique chez un patient goutteux est un taux d'acide urique inférieur à 60 mg/l.

TRIGLYCERIDES 0,51 g/l N: Inf. à 1,98
 (Colorimétrie enzymatique) soit 0,58 mmol/l N: Inf. à 2,26

CHOLESTEROL TOTAL 2,10 g/l N: 1,00 - 2,20
 (Colorimétrie enzymatique, Cobas) soit 5,43 mmol/l N: 2,59 - 5,70

TRANSAMINASE G.O. 29 U/l N: 10 - 50
 (Colorimétrie IFCC, Cobas)

TRANSAMINASE G.P. 19 U/l N: 10 - 50
 (Colorimétrie IFCC, Cobas)

G.G.T 32 U/l N: 8 - 61
 (Colorimétrie enzymatique, Cobas)

Compte-rendu d'examens biologiques de :

M. CISSE MOHAMED ABDALLAH

Dossier N° 012042001200 du 11.02.2022 à 11:21
prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE

Né(e) le 18.01.1996

Chambre :

transmis par CEMPN - CEMA

ACCREDITATION DU LABORATOIRE

"Le laboratoire des Cèdres est accrédité, selon les exigences de la norme NF EN ISO 15189, pour tous les examens de Biologie médicale (telles que définies dans le Code de santé publique) réalisés et indiqués dans le présent Compte-rendu. Accréditation Cofrac examens Médicaux, n°8-1625, liste des sites accrédités et portées disponibles sur ww.cofrac.fr. L'état d'accréditation des examens pouvant être réalisés par les laboratoires sous traitants est indiqué soit par un () lorsque l'examen n'est pas accrédité, soit précisé dans le compte-rendu du sous-traitant joint en annexe."*

**** Fin de compte rendu ****

Ludovic MERIOT

Biologiste médical

 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	FORMULAIRE	SN-SEC-MED-FORM-03-A	
	CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE	Date d'application : 30/11/2018	Page 1 sur 1

CATEGORIES		
CLASSE 1 <input checked="" type="checkbox"/>	CLASSE 2 <input type="checkbox"/>	CLASSE 3 <input type="checkbox"/>

Docteur Ibrahima DIOUF
 Médecin-Colonel (CR)
 Médecin-Urgentiste
 Médecin Aéronautique Agréé
 Tél.+221 77 633 69 67
 Email: ibouthilao60@gmail.com

Je soussigné, Docteur :

Titulaire de l'agrément n : **SN - MED - 008**

Certifie que M : **WHAÏED ABDALLAH CISSE**

Né(e) le : **18/02/1996** à **DAKAR** Age : **25 ans**

Demeurant : **Guediawaye Golf Nord 2**

(Préciser **REPOND** ou **NE REPOND PAS**)

Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des privilèges liés à la Classe spécifiée ci-dessus.

Date de l'examen : **14/12/2021**

Limite de validité : **14/12/2022**

Durée de validité : **un (01) an**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

Signature et cachet
Docteur Ibrahima DIOUF
 Médecin-Colonel (CR)
 Médecin-Urgentiste
 Médecin Aéronautique Agréé
 Tél.+221 77 633 69 67
 Email: ibouthilao60@gmail.com

Un navigant doit cesser d'exercer les privilèges de sa licence et des qualifications et autorisations associées dès qu'il est conscient de toute diminution de son aptitude médicale susceptible de nuire à l'exercice en toute sécurité des dits privilèges.

Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passer ce délai le Médecin Evalueur de l'Autorité de l'Aviation Civile ou le Médecin examinateur ne vous contacte pas, sa validité court jusqu'à la date de fin de validité sus-mentionnés.

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

LAPL / 2 / 1
CLASS 1 / 2 / 1
CLASS 1 / 2 / 1

CERTIFICAT MÉDICAL
Medical certificate



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

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 CISSE MOHAMED ABDALLAH
XIV	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY) 18/01/1996 - DAKAR
VI	Nationalité / Nationality SN (SENEGAL)
VII	Signature du titulaire / Signature of holder

MED.A.020 Diminution de la capacité médicale

(a) Les certificats de capacité médicale sont délivrés en vertu de la réglementation en vigueur et sont soumis à des conditions strictes de délivrance et de maintien en vigueur. Les certificats de capacité médicale sont délivrés en vertu de la réglementation en vigueur et sont soumis à des conditions strictes de délivrance et de maintien en vigueur.

(b) En outre, les titulaires de licence de pilote doivent être en mesure de démontrer qu'ils sont en mesure de remplir les obligations de la licence de pilote.

(c) En question :

(1) le titulaire de la licence de pilote doit être en mesure de démontrer qu'il est en mesure de remplir les obligations de la licence de pilote ;

(2) le titulaire de la licence de pilote doit être en mesure de démontrer qu'il est en mesure de remplir les obligations de la licence de pilote ;

(3) le titulaire de la licence de pilote doit être en mesure de démontrer qu'il est en mesure de remplir les obligations de la licence de pilote ;

(4) le titulaire de la licence de pilote doit être en mesure de démontrer qu'il est en mesure de remplir les obligations de la licence de pilote ;

(5) le titulaire de la licence de pilote doit être en mesure de démontrer qu'il est en mesure de remplir les obligations de la licence de pilote ;

(6) le titulaire de la licence de pilote doit être en mesure de démontrer qu'il est en mesure de remplir les obligations de la licence de pilote ;

(7) le titulaire de la licence de pilote doit être en mesure de démontrer qu'il est en mesure de remplir les obligations de la licence de pilote ;

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)
11 / 02 / 2023

Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers /
Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers

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

11 / 02 / 2023

Classe 2 / Class 2
11 / 02 / 2027

LAPL / LAPL
11 / 02 / 2027

MED.A.020 Decrease of medical fitness

(a) Licence holders should be aware that the medical certificate is issued in accordance with the applicable regulations and is subject to strict conditions of issue and maintenance. Licence holders should be aware that the medical certificate is issued in accordance with the applicable regulations and is subject to strict conditions of issue and maintenance.

(b) In addition, licence holders should be able to demonstrate that they are fit to fly. Licence holders should be able to demonstrate that they are fit to fly.

(c) Licence holders should be able to demonstrate that they are fit to fly. Licence holders should be able to demonstrate that they are fit to fly.

(d) Licence holders should be able to demonstrate that they are fit to fly. Licence holders should be able to demonstrate that they are fit to fly.

(e) Licence holders should be able to demonstrate that they are fit to fly. Licence holders should be able to demonstrate that they are fit to fly.

(f) Licence holders should be able to demonstrate that they are fit to fly. Licence holders should be able to demonstrate that they are fit to fly.

(g) Licence holders should be able to demonstrate that they are fit to fly. Licence holders should be able to demonstrate that they are fit to fly.

(h) Licence holders should be able to demonstrate that they are fit to fly. Licence holders should be able to demonstrate that they are fit to fly.

(i) Licence holders should be able to demonstrate that they are fit to fly. Licence holders should be able to demonstrate that they are fit to fly.

(j) Licence holders should be able to demonstrate that they are fit to fly. Licence holders should be able to demonstrate that they are fit to fly.

XIII Limitations / Limitations
Code - Description / Code - Description

X Date de délivrance / Date of issue
11 / 02 / 2022

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

Dr. Jean-Yves LAFAILLE
Dr JY. LAFAILLE
Médecin chef /
Fra - AEMC - 05

XI Cachet / Stamp

Date de l'examen médical /
Date of medical examination
11 / 02 / 2022

Date du dernier électrocardiogramme /
Date of last electrocardiogram
11/02/2022

Date du dernier audiogramme /
Date of last audiogram
11/02/2022