

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : **CISSE** Prénoms : **MOHAMED ABDALLAH** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **18/01/1986**
Lieu de naissance : **DAKAR**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 185 cm	(203) Poids 71 kg	(204) Yeux couleur Vert	(205) Cheveux couleur Vert	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 125 Diastolique 83	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 60 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input type="checkbox"/>
(209) Cavité buccale, gorge, dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input type="checkbox"/>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input type="checkbox"/>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
EP Cadet Non Seryuel. 27 ans. Celles enfants. Seul Denture pour pose couronne.

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 N14 lu à 100cm

	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(231) de près N5 lu à 30 - 50cm

	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(232) Lunettes Type : Oui Non

(233) Lentilles de contact Type : Oui Non

Réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter
Œil droit				
Œil gauche				

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Type **ISHIHARA**

Nombre de tables présentées **60** Nombre d'erreurs **0**

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

	Oreille droite		Oreille gauche	
	Oui	<input checked="" type="checkbox"/>	Oui	<input checked="" 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 VEMS/CV % Peak Flow (l/min)

Normal Anormal Normal Anormal

(237) Hémoglobine **14,7** (g/dl)

Normal Anormal

Age = 1,13 g/l.

(248) Commentaires, limitations :
Apté classe 1 → 07-06-2024

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

(250) date : **07-06-2023** et lieu : **Dr Patrick CORREA**
 Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : **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: _____

I Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority where 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

Mohamed ABDELRAHMAN Cisse

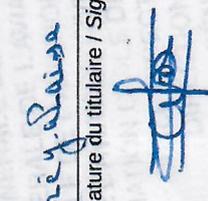
XIV Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)

19-01-1996

VI Nationalité / Nationality

Senegal

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)

07-06-2024

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

07-06-2024

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

07-06-2028

Classe 2 / Class 2

07-06-2028

LAPL / LAPL

07-06-2028

XIII Limitations / Limitations / Code - Description / Code - Description

X Date de délivrance / Date of issue

07-06-2023

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



XI Cachet / Stamp



Date de l'examen médical / Date of medical examination

07-06-2023

Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram

07-06-2023

Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram

11-02-2023