

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence : FRANCE		(13) N° référence:	
(3) Nom : DIOP		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☒ Classe 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA ☐	
(5) Prénom(s) : MOUSTAIHA		(4) Nom de naissance	
(8) Lieu et pays de naissance : DIJONBEL, SENEGAL		(12) Genre sollicité ☐ initial ☐ renouvellement/prorogation	
(10) Adresse permanente : DAKAR, YEUMBEUL		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 30/12/1999	
(11) Adresse postale : (si différente)		(7) Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐	
(17) Dernier examen médical : Date : 04/06/2024 Lieu : AMS DAKAR, SENEGAL		(14) Type de licence désirée : PILOTE DE LIGNE	
(19) Conditions, limitations du certificat médical : Non ☒ Oui ☐ détails :		(15) Profession (principale) : ELEVE PILOTE	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéroté de licence Pays de délivrance		(16) Employeur : AIA SENEGA SA	
(20) Est ce qu'une autorité aéronautique a refusé de vous délivrer un certificat médical, prononcé une décision de retrait ou de suspension de celui-ci ? Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu :		(21) Nombre total d'heures de vol : 155426	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu :		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 108412	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non ☒ Oui ☐ consommation journalière unités		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : MOTEUR A PISTON	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais ☒ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt : Oui ☐ type et quantité :		(25) Type de vol envisagé :	
		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☒ Multipilote ☐	
		(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non ☒ Oui ☐ Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi :	

Antécédents généraux et médicaux : avez vous des antécédents connus d'une des maladies suivantes ?

A chaque question répondez en cochant OUI ou NON (ou selon ce qui est indiqué). Détaillez dans la rubrique « (30) remarques »

Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
☐	☒	☐	☒	☒	☐	Antécédents familiaux	
☐	☒	☐	☒	☐	☒	(170) Affection cardiaque	☐ ☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	(171) Hypertension artérielle	☐ ☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	(172) Taux élevé de cholestérol	☐ ☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	(173) Epilepsie	☐ ☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	(174) Maladie mentale/suicide	☐ ☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	(175) Diabète	☐ ☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	(176) Tuberculose	☐ ☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	(177) Allergie/asthme/eczéma	☐ ☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	(178) Maladie héréditaire	☐ ☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	(179) Glaucome	☐ ☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	A remplir uniquement pour les femmes	
☐	☒	☐	☒	☐	☒	(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	☐ ☐
☐	☒	☐	☒	☐	☒	(151) Etes-vous enceinte ?	☐ ☐

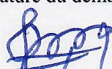
(30) Remarques :

(123) PALUDISME à bas âge 6ans

(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-aéro 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'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 États membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date : **25/07/2025**

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 : **DIOI** Prénoms : **Moustapha** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **30/12/1999**
Lieu de naissance : **DIIOUBEL**

(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 170 cm	(203) Poids 66 kg	(204) Yeux couleur Marron	(205) Cheveux couleur Marron	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 130 Diastolique 76	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 43 Rythme ☐ régulier ☐ irrégulier
--	-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	--	--	---

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

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

EP Am **Benegal SA** (Ecole Armée Ar), 25 ans, célibataire
3 ans après Tabac = 0 Spirit = 0 Alcool = 0 HT = 0

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	sans correction	avec correction
N14 lu à 100cm	Oui ☒ Non ☐	Oui ☐ Non ☐
Œil droit	☒	☐
Œil gauche	☒	☐
Vision binoculaire	☒	☐

(231) de près	sans correction	avec correction
N5 lu à 30 - 50cm	Oui ☒ Non ☐	Oui ☐ Non ☐
Œil droit	☒	☐
Œil gauche	☒	☐
Vision binoculaire	☒	☐

(232) Lunettes	(233) Lentilles de contact
Oui ☐ Non ☒	Oui ☐ Non ☒
Type : Réfraction Sph	Type : Cylindre Axe Ajouter
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 20	Nombre d'erreurs 0

(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 Oui ☒ Non ☐ Oreille gauche Oui ☒ Non ☐

Audiométrie éventuelle	Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite							
Oreille gauche							

(236) Fonction respiratoire	(237) Hémoglobine
VEMS/CV % Peak Flow (l/min)	(g/dl)
Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☒ Anormal ☐

(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 : et lieu :	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : Fax : Telephone : 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

Rapports annexés	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	☐	25/07/2015	☒	☐
(239) Audiogramme	☐		☐	☐
(240) Examen Ophtalmologique	☐		☐	☐
(241) Examen ORL	☐		☐	☐
(242) Lipides sanguins	☐		☐	☐
(243) Fonction respiratoire	☐		☐	☐
(320) Tonométrie G : D : mmHg	☐		☐	☐
(244) Divers(Sujet?) :	☐		☐	☐

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

Avis :	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 :										
<table border="1"> <tr> <th>Champ d'application du certificat</th> <th>CLASSE 1</th> <th>CLASSE 2</th> <th>LAPL</th> <th>PNC/CCA</th> </tr> <tr> <td></td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>	Champ d'application du certificat	CLASSE 1	CLASSE 2	LAPL	PNC/CCA		☐	☐	☐	☐
Champ d'application du certificat	CLASSE 1	CLASSE 2	LAPL	PNC/CCA						
	☐	☐	☐	☐						

Nom : DIOP

Prénom : MOUSTAFA

Date de Naissance : 30/12/1999

Lieu de Naissance : DIOURBEL

Numéro Tél. : 77 883 74 36

Poids : 66 Kg

Taille : 1 m 70

T.A : 130 / 76

Pouls : 43

Urines : Gly 0.69 Hg 11.0

Saws c

OD 10

OG 10

ay 10

ish 20

clp OR

mt 0/2

ET ASZ
25-3, Celip
25-3, 25-3
Tide
Plews
Bruit
-TT = r