

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

30025

(1) Pays de délivrance de licence : SENEGAL		(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 : SOW		(4) Nom de naissance		(12) Genre sollicité <input checked="" type="checkbox"/> initial <input type="checkbox"/> renouvellement/prorogation										
(5) Prénom(s) : PAPA MAMADOU		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 25/01/1992		(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>										
(8) Lieu et pays de naissance : DAKAR (SENEGAL)		(9) Nationalité : SENEGALAISE		(14) Type de licence désirée : PILOTE DE LIGNE										
(10) Adresse permanente : DAKAR Pays : SENEGAL N° de téléphone : +221 774872228 Courriel : sowitude@gmail.com		(11) Adresse postale : (si différente) Pays : N° de téléphone :		(15) Profession (principale) : ETUDIANT										
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéro de licence Pays de délivrance		(16) Employeur : AIR SENEGAL SA		(17) Dernier examen médical : Date : 05/01/2022 Lieu : CENTRE D'EXPERTISE MEDICALE DU PERSONNEL AERONAUTIQUE, DAKAR (SENEGAL)										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>types</th> <th>Numéro de licence</th> <th>Pays de délivrance</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		types	Numéro de licence	Pays de délivrance							(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :		(21) Nombre total d'heures de vol : 5	
types	Numéro de licence	Pays de délivrance												
(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:		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 5		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : MONOMOTEUR A PISTON										
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu:		(25) Type de vol envisagé : VOLS D'INSTRUCTION		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input checked="" type="checkbox"/> Multipilote <input type="checkbox"/>										
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		(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:		(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 :										

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 « (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 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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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 : *Dernier avis positif il y a 4 ans.*

(123) : PALUDISME
(129) : A CAUSE DE PALUDISME

(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-aérienne ou dans le cadre d'un recours. En reconnaissant que ces documents ou données stockés électroniquement doivent être utilisés pour compléter une évaluation médicale et devenir 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 053 (b) (2) (i) / (ii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA MED 130 (c) (4).

Date : **29/01/2022** Signature du demandeur : *[Signature]* Signature du médecin examinateur : *[Signature]*

DR J-Y LAFAILLE
Médecin généraliste
CEMA TB-F-05



SOW
PAPA MAMADOU
Né(e) le : 30/10/1932 30025
DAKAR 25/01/1932

APPORT D'EXAMEN MEDICAL

au formulaire pour demande de certificat médical)

PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : Prénoms : Date de naissance (JJ/MM/AAAA): DAKAR
Lieu de naissance : 25/01/1932

(201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 178 cm	(203) Poids 64,1 kg	(204) Yeux couleur marron	(205) Cheveux couleur noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique: 120 Diastolique: 80	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm): 80 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"/>
(209) Cavité buccale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input checked="" type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" type="checkbox"/>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input checked="" type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>

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

30ans. EP. caduc. An. Senechal. Célibataire sans enfant.
(Né(e) de Pothier)
leuco: neutrophilie h 3200 N 1320
tabac: φ
alcool: φ
Red: φ
font: CAP +/- régulier

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

(231) de près N5 lu à 30 - 50cm

N5 lu à 30 - 50cm	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(232) Lunettes (233) Lentilles de contact

Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Type : Réfraction	Sph	Type : Cylindre	Axe
Œil droit		Ajouter	
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'examinateur	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 86 %	Peak Flow (l/min) 15,26	(g/dl)
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

(235) Analyse d'urine Normale Anormale

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

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	11/02/2023	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>	11/02/2023	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique	<input type="checkbox"/>	11/02/2023	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL	<input type="checkbox"/>	11/02/2023	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins	<input type="checkbox"/>	11/02/2023	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Fonction respiratoire	<input type="checkbox"/>	11/02/2023	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(320) Tonométrie G497D: 19 mmHg	<input type="checkbox"/>	11/02/2023	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(244) Divers(Sujet?):	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Avis : APTE

Nom :
Signature: Dr J.-Y. LAFALLE
Médecin généraliste
GEMA TB-F-05

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

(248) Commentaires, limitations :
apte 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 : 11.02.2023 et lieu :
Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé: Dr P. JOURDAN
Médecin chef
E-mail: Fra - AeMC - 05
Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature:
Numéro d'AME:

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 us: SOW PAPA MAMADOU	(4) Nom de naissance:
Né(e) le : 30/10/1997 30025	(12) Genre sollicité: <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Renouvellement/prorogation
(5) Prénom: DAKAR 25/01/1992	(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: 11/02/2022
Signature du demandeur: [Signature]
Signature du médecin examinateur (AME): [Signature] **Dr J.-Y. LAFAILLE**
Médecine générale
CEMA TR-F-05

(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: RAI
---	-----------------------------------

Examen clinique:

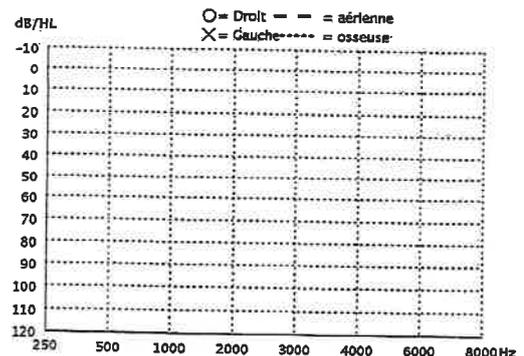
Cocher chaque item

	Normal	Anormal
(404) Tête, visage, cou, cuir cheveu	<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, tympan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(412) Otoscopie pneumatique	<input checked="" 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	15	15		
500	10	10		
1000	10	10		
2000	5	5		
3000	10	10		
4000	10	5		
6000	0	0		
8000	5	10		

(420) Audiogramme



Tests supplémentaires (si indiqués)	Non effectué	Normal	Anormal
(414) Audiométrie vocale	<input type="checkbox"/>	<input 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:

[Empty box for remarks and recommendations]

(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: Toulon Bleg 11/02/2022	Nom et adresse de l'examineur: (en majuscules):	Cachet et n° de l'AME ou du spécialiste: Dr J.-Y. LAFAILLE Médecine générale CEMA TR-F-05
Signature du médecin examinateur agréé: [Signature]	E-mail: Téléphone No: Fax No:	Proposition d'aptitude du médecin-ORL: <input checked="" type="checkbox"/> Apte <input type="checkbox"/> Inapte

Audiométrie tonale

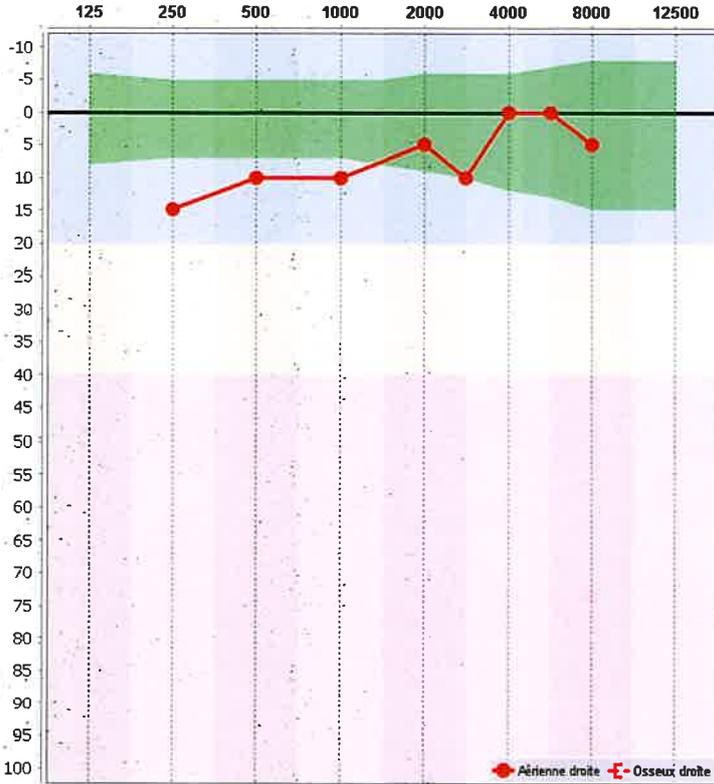
Patient **Papa Mamadou Sow**

Date de naissance 25 janv. 1992

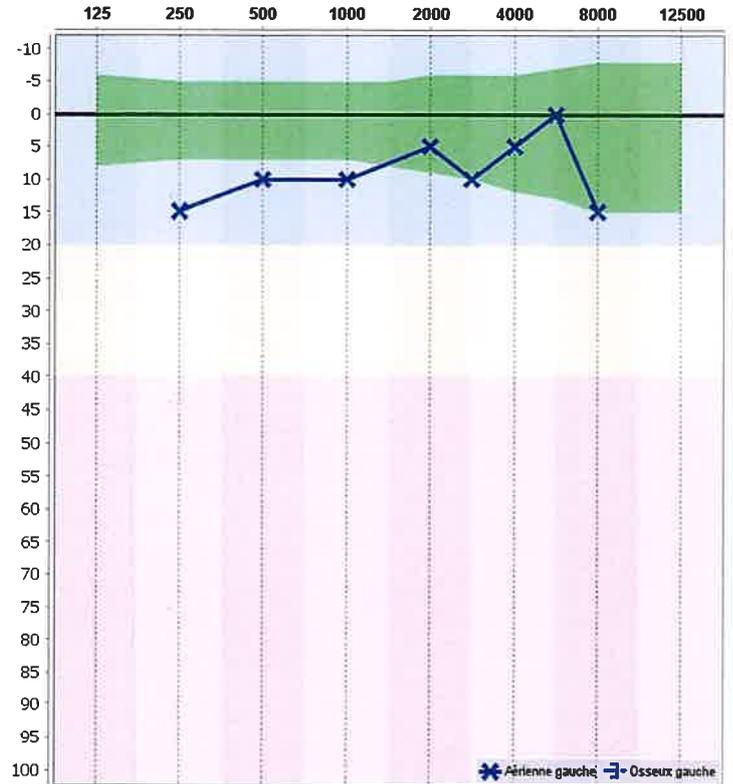
Date de mesure 11/02/2022 12:27:57

Opérateur : Pauline Cansot

Droite



Gauche



Indice Tonal Moyen	Gauche	Droite
Indice Tonal Moyen	8,33 dB HL	8,33 dB HL
Indice précoce d'alerte	5,00 dB HL	3,33 dB HL
Indicateur médico-légal	8,00 dB HL	7,50 dB HL
Indicateur de surdité professionnelle	7,50 dB HL	6,25 dB HL
Sigycop (O= 2)	Coef. : 2	Coef. : 2

Notes

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

Sow, Papa Mamadou

ID: 30025 Âge: 30 (25/01/1992)

Sexe **Masculin** Taille **176 cm**
 Ethnicité **Africain** Poids **64 kg** IMC **20.7**

CVF avec CV

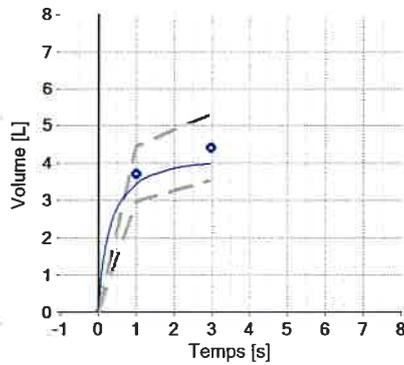
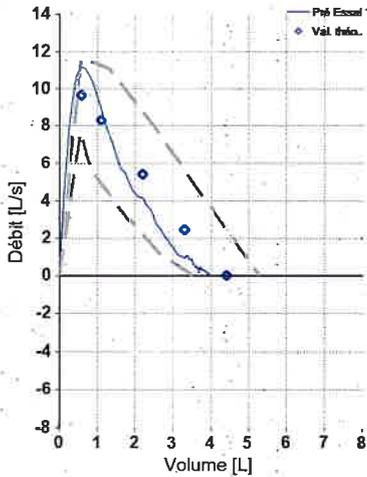
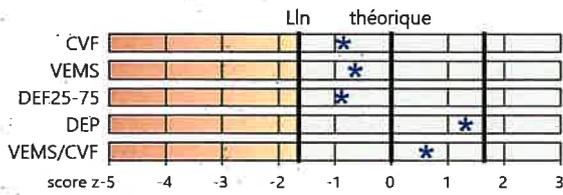
Votre VEMS/théorique: 92 %

Date du test **11/02/2022 12:31:33** 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	Théo.	Pré			%Théo.
		Lln	Meilleur	Essai-4	
CVF [L]	4,41	3,53	3,96	3,96	90
VEMS [L]	3,70	2,96	3,41	3,41	92
VEMS/CVF	0,818	0,700	0,863	0,863	105
DEF25-75 [L/s]	4,82	3,11	3,90	3,90	81
DEP [L/s]	9,67	7,68	11,27	11,27	117
TEF [s]	-	-	3,0	3,0	-

Attention: qualité de test médiocre. Interpréter avec précaution.

Qualité du test : Pré F
 Interprétation système : Pré Aucune interprétation, pas assez d'essais acceptables





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

AEMC U.E.F. 05
CEMA TB

Opérateur: Sow Papa Namadju

Patient: 25/1/92

N du Patient: 48

Date: 11-Fév-2022

Heure 13:29

Temp.: FTE-I Gauche

UCA1: 1.02 ml 3.0-ml
UCA2: --- ml
POM1: -100 daP
POM2: --- daP 2.0-
POMd: --- daP
Vitesse 400 dP/S 1.0-
Dir.: Nés.



Temp.: FTE-I Droite

UCA1: 1.05 ml 3.0-ml
UCA2: --- ml
POM1: -10 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/CCA
(3) Nom usuel: SOW PAPA MAMADOU	(4) Nom de naissance:
(5) Prénom(s): Né(e) le 30/10/1997 30025 DAKAR 25/01/1992	(6) Date de naissance: (7) Sexe: <input checked="" type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
(12) Genre sollicité: <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Renouvellement/prorogation	
(13) Numéro de référence:	

(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: **11.2.2022** Signature du demandeur: *[Signature]*

Signature du médecin examinateur (AME): *[Signature]*

Dr P. JOURDAN
Médecin 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:
---	-------------------------------------

Examen clinique:

Contrôler chaque point

	Normal	Anormal
(304) Yeux, aspect externe & paupières	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(305) Yeux, segment antérieur (temp 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 5 cm	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(311) Accommodation D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(312) Équilibre oculomoteur (en dioptries prismatique)

À la distance de 5/6 mètres		De près à 30-50 cm	
Ortho ORTHO	Ortho ORTHO	Eso	Eso
Eso	Eso	Exo	Exo
Exo	Exo	Hyper	Hyper
Hyper	Hyper	Cyclo	Cyclo
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: ISHIHARA (24 plaques)
 nombre de plaques 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 Anormal

(321) Remarques et recommandations ophtalmologiques:

Acuité visuelle:

(314) Vision à distance (à 5/6m)

	Sans correction		Lunettes		Lentilles de contact
Oeil droit	10 /10	Corrigé à	/10	/10	/10
Oeil gauche	9 /10	Corrigé à	/10	/10	/10
Vision Binoculaire	10 /10	Corrigé à	/10	/10	/10

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

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

(316) Vision de près (à 30-50 cm)

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

(317) Réfraction

	Sph	Cylindrique	Axe	Addition
Oeil droit	+0.50	-0.50	175	
Oeil gauche	+1	-1	175	

Prescription optique basée sur la réfraction objective:

(318) Lunettes

Oui Non

(319) Lentilles de contact

Oui Non

TNO 60^u

(320) Tension intra-oculaire

Droit 19 mmHg	Gauche 15.7 mmHg
----------------------	-------------------------

Méthode:

Normal Anormal

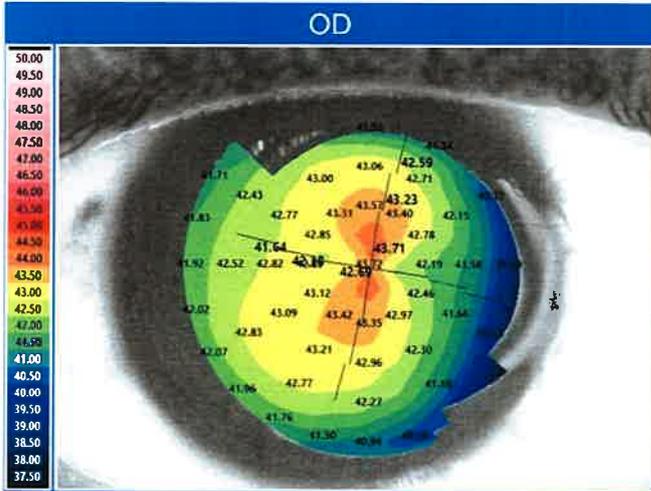
(322) Déclaration du médecin examinateur:

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.

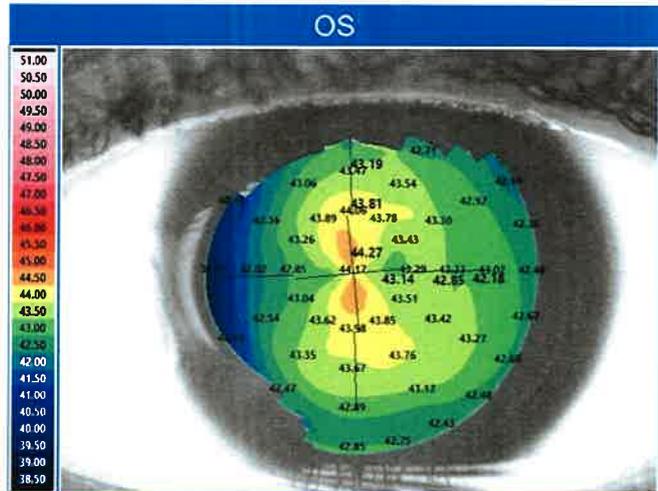
(323) Lieu et date: 11.2.22	Nom et adresse de l'examineur: (en majuscules):	N° d'AME ou de spécialiste:
Signature du médecin examinateur agréé: <i>[Signature]</i> Dr Françoise CLERGUE Ophtalmologiste N° 311057186 CEMA TB-05	E-mail: Telephone No: Fax No:	Proposition d'aptitude du médecin ophtalmologiste: <input checked="" type="checkbox"/> Apte <input type="checkbox"/> Inapte

Information Patient

Patient	SOW Papa Mamadou	Sexe	M
Patient ID	30025	Date d'Examen	11/02/2022 12:22:51
Date de Naissance	25/01/1992		

MAPPE


D Normalisée - Axiale



D Normalisée - Axiale

Méridiens

3 mm	5 mm	7 mm
42.69 @ 172°	42.38 @ 168°	41.64 @ 165°
43.71 @ 82°	43.23 @ 78°	42.59 @ 75°
-1.01D ax172°	-0.85D ax168°	-0.95D ax165°

3 mm	5 mm	7 mm
43.14 @ 6°	42.85 @ 2°	42.18 @ 2°
44.27 @ 96°	43.81 @ 92°	43.19 @ 92°
-1.14D ax6°	-0.97D ax2°	-1.01D ax2°

Données Cornée

Décentration Cornée	X= -0.87 mm	Y= 0.15 mm
Diamètre	11.77 mm	
Décentration Pupille	H= -0.18 mm	V= 0.08 mm
Diamètre Pupille Moyen	3.44 mm	
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 43.20 D / 3mm: 43.36 D	

Décentration Cornée	X= 0.82 mm	Y= 0.10 mm
Diamètre	11.61 mm	
Décentration Pupille	H= 0.48 mm	V= 0.05 mm
Diamètre Pupille Moyen	3.83 mm	
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 43.73 D / 3mm: 43.85 D	

Détection du Kératocone

AK	AGC	SI	Kpi
44.17 D	1.03 D/mm	-0.17 D	0%
Topographie non compatible avec un kératocône			
A	D	Ro - Teta	Rnd

AK	AGC	SI	Kpi
44.56 D	0.92 D/mm	0.16 D	0%
Topographie non compatible avec un kératocône			
A	D	Ro - Teta	Rnd

Indices de Kérato-Réfraction

SD	SAI	Asph.	Kc
SD = 0.40 D	SAI = 0.09 D	e = 0.50	43.53 D

SD	SAI	Asph.	Kc
SD = 0.42 D	SAI = 0.32 D	e = 0.50	44.00 D

Annotations

Patient: **SOW, Papa Mamadou**

Date de naissance: **25/01/1992**

Sexe: **masculin**

Identifiant du patient: **30025**

Haag-Streit Diagnostics AG

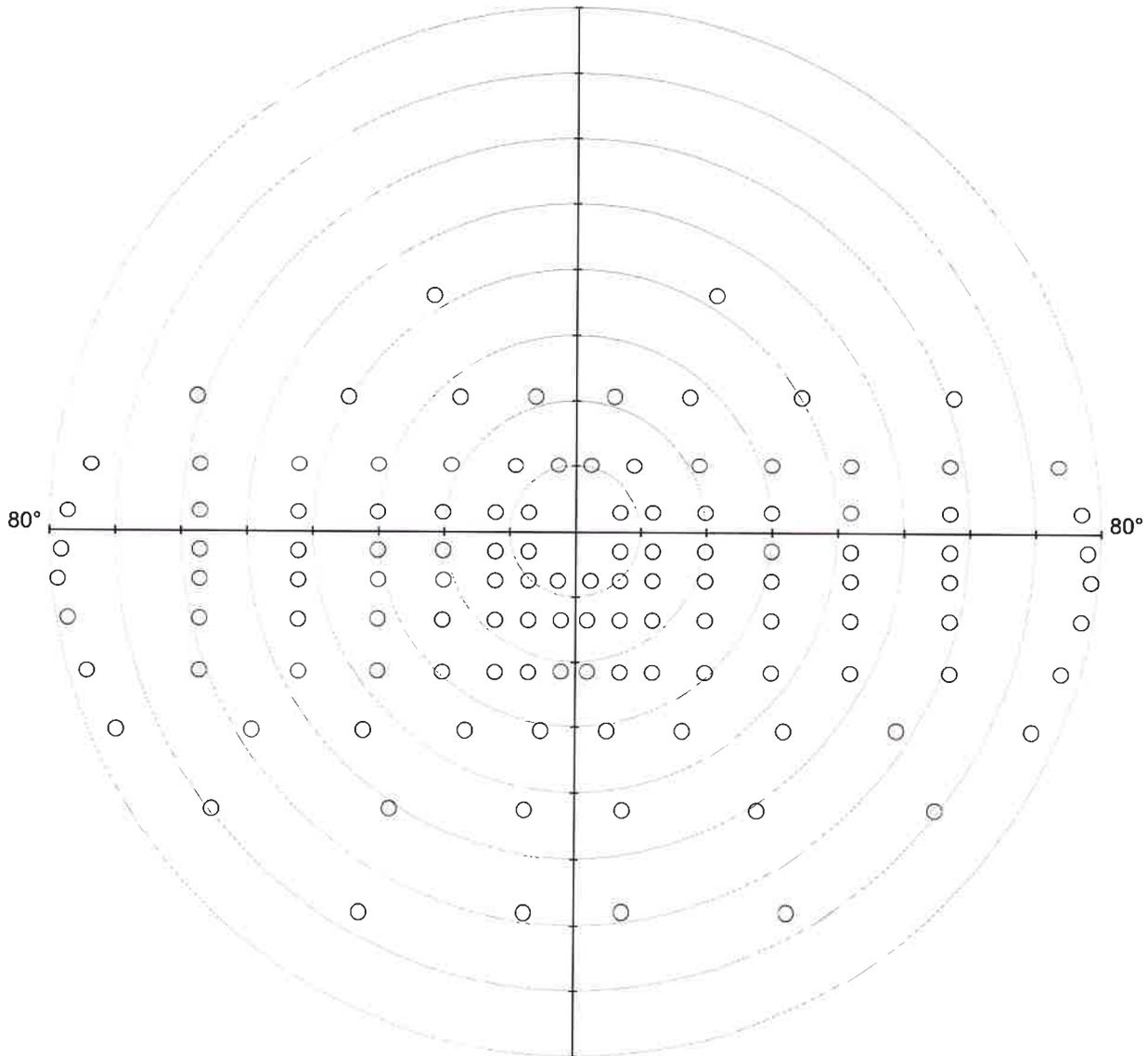
OU Valeur supraliminaire HFA

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: **03:27**

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: **11:09**
Âge: **30**



Score Esterman: **100**

○ Point vu: **120/120**

■ Point non vu: **0/120**

△ 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

HS HAAG-STREIT
DIAGNOSTICS



Fiche informative d'examen de la santé mentale

SOW
PAPA MAMADOU

idats à l'admission CL1 en AeMC

- SECRET MEDICAL

NOM :

Né(e) le : 30/10/1997 30025

Date de naissance (JJ/MM/AAAA):

Prénoms :

DAKAR 28/01/1992

Lieu de naissance:

Pays de naissance:

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? 20.7

tests sanguins:	NFS	GGT	ASAT	ALAT	EAL	CDT
Nle	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
aNle	<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?:

expérience aéronautique (heures de vol)? 6

Bonne motivation, bien structuré.

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 : Dr J.-Y. LAFAILLE
 date: Médecine générale
 CEMA TB-F-05
 Signature:

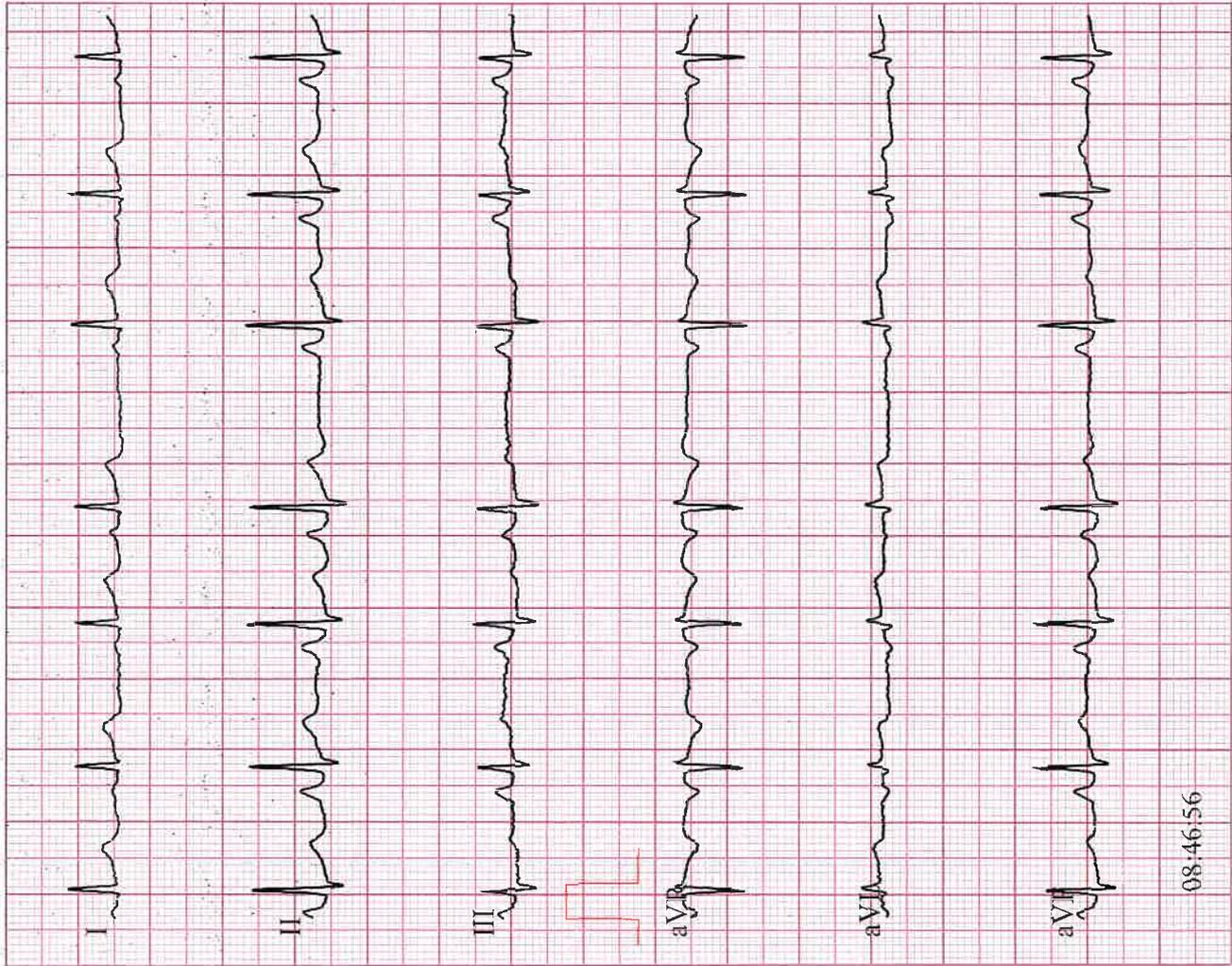
Examen ECG

Date: 2022.02.11

08:46:56

30025 PAPA MAMADOU SOW

Date de naissance 1992.01.25 Age 30



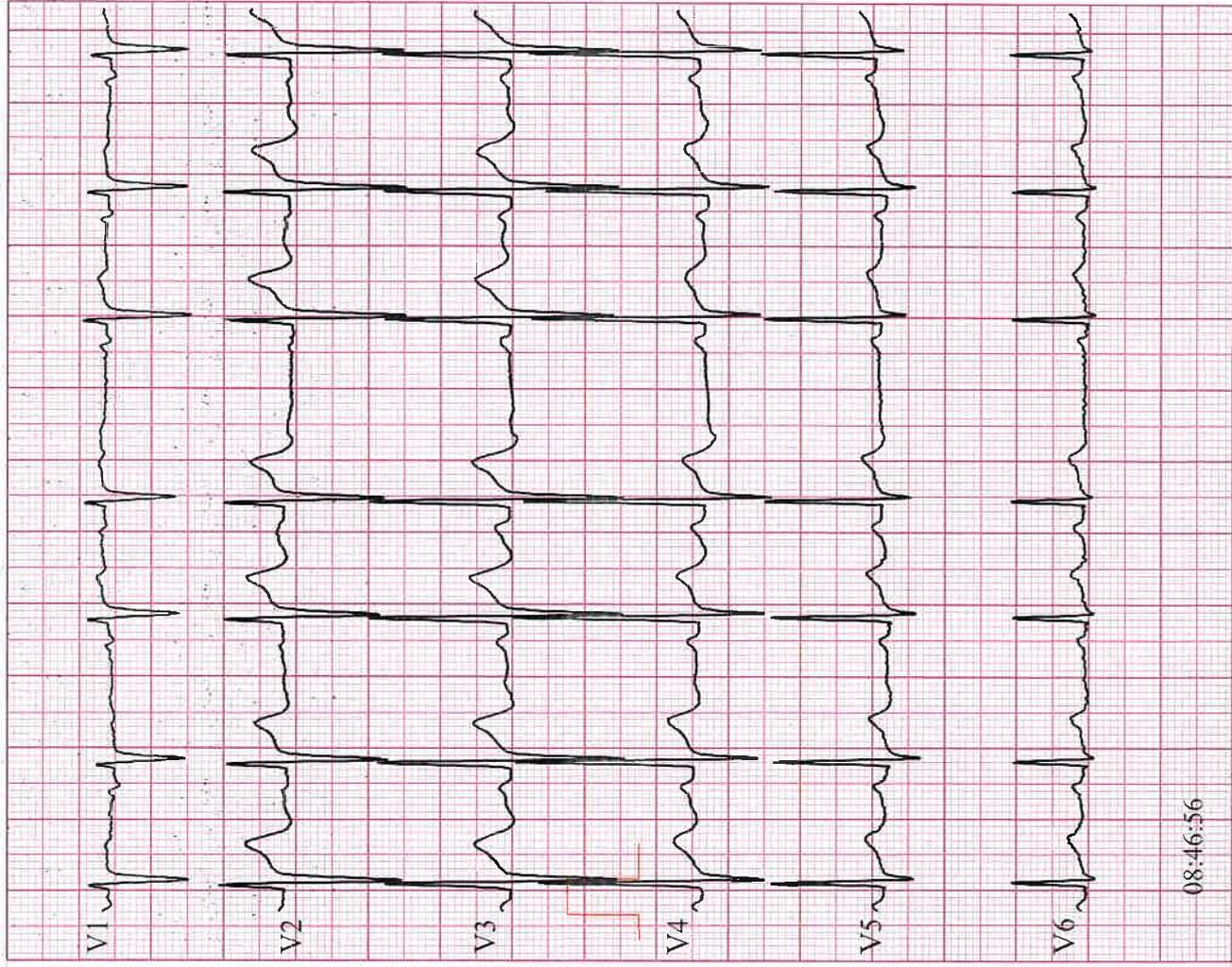
08:46:56

Echelle de temps: 25 mm/s Amplitude: 10 mm/mV

Filtres: 0,25/35/50 Hz

HR=80/min P=112ms PR=158ms QRS=96 ms QT=358ms QTc=413ms

P 75° QRS 52° T 29°



08:46:56

M-TracePC Base ver:3.21

Dr. J. LAFAILLE
Médecine générale
CEIMA TB-F-05



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

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

Patient : M. SOW PAPA MAMADOU
Né(e) le 30.10.1997

Dossier N° 0120420006 - 00 reçu le 09.02.2022 à 11:18
Prélevé le 11.02.2022 à 11:18
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	3,2	G/L	N: 4,0 à 11,0
Globules Rouges	5,17	T/L	N: 4,60 à 6,20
Hémoglobine	15,2	g/dL	N: 13,0 à 18,0
Hématocrite	45,5	%	N: 37,0 à 50,0
Volume Globulaire Moyen	88,1	fL	N: 79,0 à 97,0
Taux Globulaire Moyen en Hb	29,4	pg	N: 27,0 à 32,0
Conc Glob Moyenné en Hb	33,4	g/dL	N: 31,0 à 36,0
Indice distribution GR	13,2	%	N: 12,3 à 17,0

FORMULE LEUCOCYTAIRE

(DXH-800, Cytométrie de flux)

POLYNUCLEAIRES

Neutrophiles	41,2 % soit	1,32	G/L	N: 1,50 à 7,50
Eosinophiles	3,4 % soit	0,11	G/L	N: 0,00 à 0,60
Basophiles	0,5 % soit	0,02	G/L	N: 0,00 à 0,20
LYMPHOCYTES	41,7 % soit	1,33	G/L	N: 1,10 à 4,40
MONOCYTES	13,2 % soit	0,42	G/L	N: 0,20 à 0,80

Anomalies des Globules blancs :
Neutropénie

PLAQUETTES

(Principe Coulter, Beckman DXH-800)

Volume plaquettaire moyen	8,2	fL	N: 7,5 à 11,2
---------------------------	-----	----	---------------

Compte-rendu d'examens biologiques de:**M. SOW PAPA MAMADOU**

Né(e) le 30.10.1997

Dossier N° 0120420006 00 du 11.02.2022 à 11:18

prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE

transmis par CEMPN - CEMA

BIOCHIMIE (sang)

Intervalle de référence

Antécédents

GLYCEMIE

(Colorimétrie, cobas)

soit

0,96

g/l

N: 0,70 - 1,10

5,32

mmol/l

N: 3,89 - 6,12

CREATININE

(Méthode enzymatique, Cobas)

soit

90

μmol/l

N: 59 - 104

10

mg/l

N: 7 - 12

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

DFG origine caucasienne

103ml/min/1.73m²

DFG origine africaine subsaharienne et afro-américaine

119ml/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

(Colorimétrie enzymatique, Cobas)

soit

43

mg/l

N: 34 - 70

255,9

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

(Colorimétrie enzymatique)

soit

1,23

g/l

N: Inf. à 1,98

1,40

mmol/l

N: Inf. à 2,26

CHOLESTEROL TOTAL

(Colorimétrie enzymatique, Cobas)

soit

1,86

g/l

N: 1,00 - 2,20

4,81

mmol/l

N: 2,59 - 5,70

TRANSAMINASE G.O.

(Colorimétrie IFCC, Cobas)

24

U/l

N: 10 - 50

TRANSAMINASE G.P.

(Colorimétrie IFCC, Cobas)

16

U/l

N: 10 - 50

G.G.T

(Colorimétrie enzymatique, Cobas)

29

U/l

N: 8 - 61

Compte-rendu d'examens biologiques de :

M. SOW PAPA MAMADOU

Dossier N° 012042000600 du 11.02.2022 à 11:18
prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE

Né(e) le 30.10.1997

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

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
CLASSÉ
LAPL / 2 / 1

Medical certificate

CERTIFICAT MÉDICAL

DIRECTION GÉNÉRALE
DE L'AVIATION CIVILE
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

SOW

PAPA MAMADOU

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

25/01/1992 - DAKAR

VI Nationalité / Nationality

SN (SENEGAL)

VII Signature du titulaire / Signature of holder

- MED.A.020.V.V.020
- 1) Les certificats de licence de pilote doivent être validés par un médecin agréé par l'Etat de la licence au moment de l'exercice de la licence.
 - 2) Les certificats de licence de pilote doivent être validés par un médecin agréé par l'Etat de la licence au moment de l'exercice de la licence.
 - 3) Les certificats de licence de pilote doivent être validés par un médecin agréé par l'Etat de la licence au moment de l'exercice de la licence.
 - 4) Les certificats de licence de pilote doivent être validés par un médecin agréé par l'Etat de la licence au moment de l'exercice de la licence.
 - 5) Les certificats de licence de pilote doivent être validés par un médecin agréé par l'Etat de la licence au moment de l'exercice de la licence.
 - 6) Les certificats de licence de pilote doivent être validés par un médecin agréé par l'Etat de la licence au moment de l'exercice de la licence.
 - 7) Les certificats de licence de pilote doivent être validés par un médecin agréé par l'Etat de la licence au moment de l'exercice de la licence.

II Certificat médical de Classe 1
Class 1 medical certificate

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

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

11 / 02 / 2023

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.V.V.020
- 1) Les certificats de licence de pilote doivent être validés par un médecin agréé par l'Etat de la licence au moment de l'exercice de la licence.
 - 2) Les certificats de licence de pilote doivent être validés par un médecin agréé par l'Etat de la licence au moment de l'exercice de la licence.
 - 3) Les certificats de licence de pilote doivent être validés par un médecin agréé par l'Etat de la licence au moment de l'exercice de la licence.
 - 4) Les certificats de licence de pilote doivent être validés par un médecin agréé par l'Etat de la licence au moment de l'exercice de la licence.
 - 5) Les certificats de licence de pilote doivent être validés par un médecin agréé par l'Etat de la licence au moment de l'exercice de la licence.
 - 6) Les certificats de licence de pilote doivent être validés par un médecin agréé par l'Etat de la licence au moment de l'exercice de la licence.
 - 7) Les certificats de licence de pilote doivent être validés par un médecin agréé par l'Etat de la licence au moment de l'exercice de la licence.

XIII Limitations / Limitations
Code - Description / Code - Description

X Date de délivrance / Date of issue

15 / 02 / 2022

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

XI Cachet / Stamp
Dr. Pierre JOURDAN

Dr P. JOURDAN
Médecin chef
Fra - AëMC - 05

PIE CERTIFIEE CONFORME
A L'ORIGINAL
CEMA TB-UE-F 05

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