

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(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 : BA	(4) Nom de naissance		(12) Genre sollicité <input checked="" type="checkbox"/> initial <input type="checkbox"/> renouvellement/prorogation	
(5) Prénom(s) : MAMADOU SALIOU	(6) Date de naissance (U/M/A/AAAA) 05/06/1999	(7) Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	(14) Type de licence désirée : PILOTE DE LIGNE	
(8) Lieu et pays de naissance : ZIGUINCHOR, SENEGAL	(9) Nationalité : SENEGALAISE		(15) Profession (principale) : ETUDIANT	
(10) Adresse permanente :	(11) Adresse postale : (si différente)		(16) Employeur : AIR SENEGAL SA	
Pays : SENEGAL N° de téléphone : 775880567 Courriel : MAMADOUSALIOUBA588@GMAIL.COM	Pays : N° de téléphone :		(17) Dernier examen médical : Date : 14/12/2021 Lieu : CENTRE D'EXPERTISE MEDICALE DU PERSONNEL AERONAUTIQUE, DAKAR, SENEGAL	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) 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 HEURES	
			(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 5 HEURES	
(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: Détails :			(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: Détails :			(25) Type de vol envisagé : VOLS D'INSTRUCTION	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités			(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input checked="" type="checkbox"/> Multipilote <input type="checkbox"/>	
(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 :			(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). Détaillez dans la rubrique « (30) remarques »

	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non			
(101) Maladie ou opération oculaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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 foins	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(115) Accès de vertige/évanouissement	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(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"/>
(112) J'AI UNE FOIS ETE DIAGNOSTIQUE DU PALUDISME	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(123) J'AI UNE FOIS ETE DIAGNOSTIQUE DU PALUDISME	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	<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 :
 (112) IL M'ARRIVE D'AVOIR LE NEZ BOUCHE
 (123) J'AI UNE FOIS ETE DIAGNOSTIQUE DU PALUDISME
depuis accis de paludisme à l'age de 12 ans traité au village hôpital sans impaludisme

(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 aéronautique ou dans le cadre d'un recours. En recensement 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'AR.A.MED.130 peuvent être stockées électroniquement et mises à la disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MED.A.035 (b) (2) (i) / (iii) ainsi qu'aux autres membres des autorités compétentes des Etats membres afin de faciliter l'application de l'AR.A.MED.150 (c) (4).

Date : **Dakar, le 08/02/2022**
 Signature du demandeur : *[Signature]*
 Signature du médecin examinateur : **Dr. P. CORREA**
 Médecin *[Signature]*
 CEMA Toulouse



BA
MAMADOU SALIOU
Né(e) le : 05/06/1999 19873
BAKAR
ZIGUINCHOR

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): 05/06/1999
Lieu de naissance : ZIGUINCHOR (sénégal)

(201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 166,4 cm (21.60)	(203) Poids 60 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique 140	Diastolique 90	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"/>	<input type="checkbox"/>
(209) Cavité bucale, 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
 $a \times u^A \text{ et } x = z^A$ Cadet - An Sénégal, Exam Etudiant/Altkn, Pénurie Ave.
 ce lab = o arfp
 (209) = Exact & courbe dentaire suivi. (L)
 Hoaires négatif
 Tabac = 0
 Alcool = 0
 Spirit = 0

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

Ceil droit sans correction	10	Corrigée à	/
Ceil gauche sans correction	10	Corrigée à	/
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à	/

(230) Vision Intermédiaire sans correction avec correction

N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non
Ceil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ceil 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

Ceil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ceil 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 (233) Lentilles de contact

Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>
Type :		Type :	
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe
Ceil droit	/	/	/
Ceil 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 checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" 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	85 %	Peak Flow	/min	15.1 (g/dl)
Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/>

(248) Commentaires, limitations :
 Inapte classe 1
 en attente complément d'examen.

(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 : 11/02/2022 et lieu : Toulon Bly	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : Dr Jy. LAFAILLE Médecin chef. Fra - AeMC - 05	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : Dr J-Y LAFAILLE Médecin généraliste CEMA TB-F-05
---	---	---

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: BA MAMADOU SALIOU	(4) Nom de naissance:
(5) Prénoms: DAKAR	(6) Date de naissance:
Né(e) le : 05/06/1999 19873	(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:	

(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

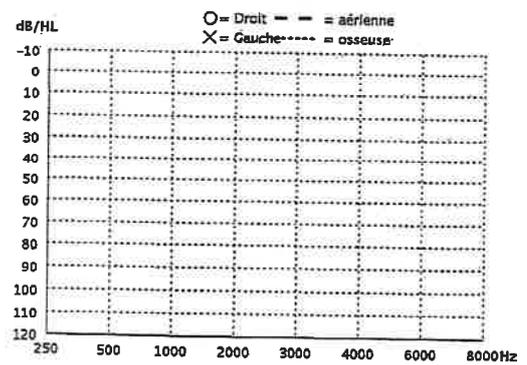
	Normal	Anormal
(404) Tête, visage, cou, cuir chevelu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(405) Cavité buccale, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(406) Pharynx	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(407) Narines et naso-pharynx (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) Elocution	<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

db HL (seuil d'audition)

Hz	Conduction aérienne		Conduction osseuse	
	Oreille droite	Oreille gauche	Oreille droite	Oreille gauche
250	10	15		
500	10	5		
1000	10	5		
2000	5	5		
3000	5	5		
4000	0	5		
6000	0	5		
8000	5	10		

(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):	Cachet et n° de l'AME ou du spécialiste:
Signature du médecin examinateur agréé: Dr. P. CORREA Medecin CEMA Toulouse	E-mail: Telephone No: Fax No:	Proposition d'aptitude du médecin ORL: <input checked="" type="checkbox"/> Apté <input type="checkbox"/> Inapte

Audiométrie tonale

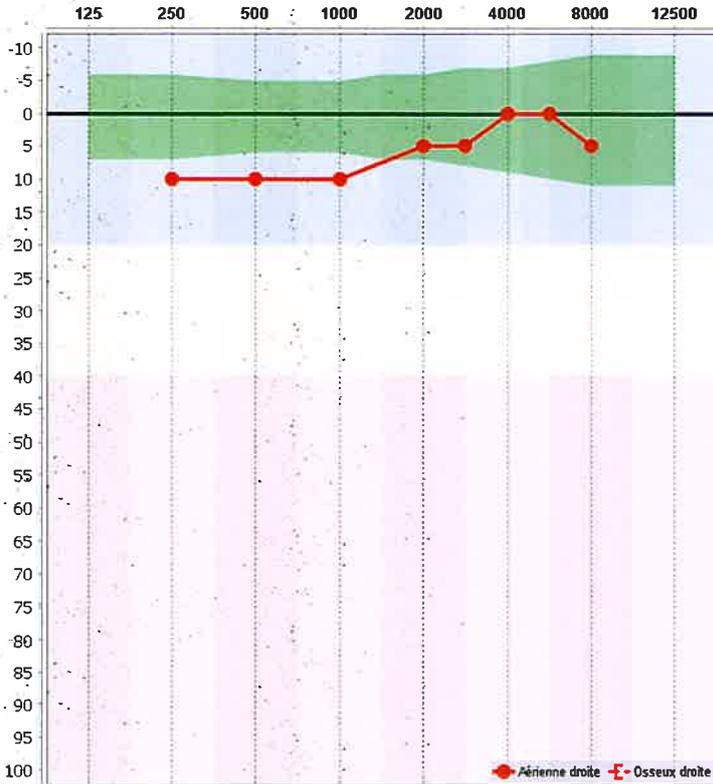
Patient **Mamadou Saliou Ba**

Date de naissance 05 juin 1999

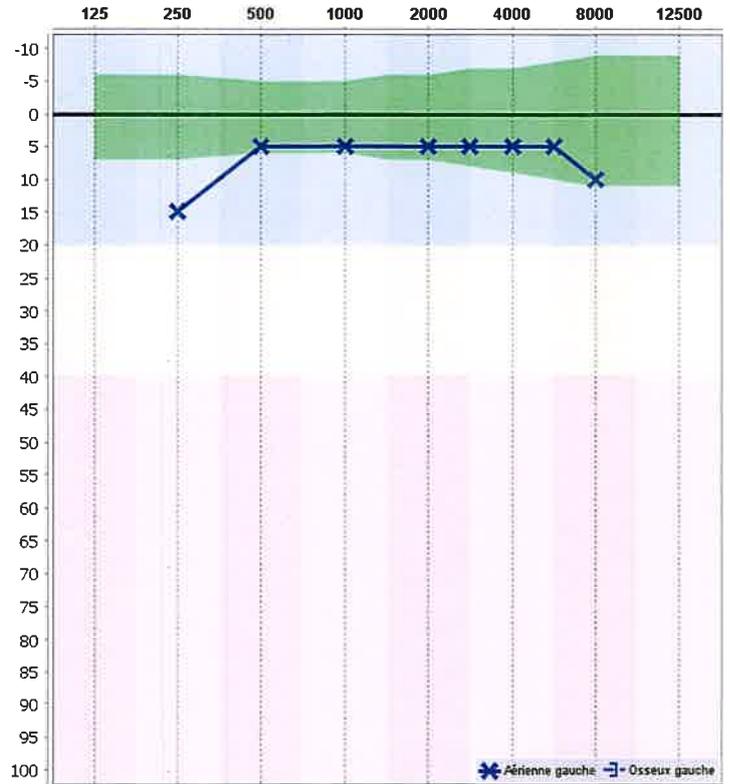
Date de mesure 11/02/2022 08:29:00

Opérateur : Pauline Cansot

Droite



Gauche



Indice Tonal Moyen	Gauche	Droite
Indice Tonal Moyen	5,00 dB HL	8,33 dB HL
Indice précoce d'alerte	5,00 dB HL	1,67 dB HL
Indicateur médico-légal	5,00 dB HL	7,50 dB HL
Indicateur de surdité professionnelle	5,00 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

Ba, Mamadou Saliou

Age: 22 (05/06/1999)

Sexe **Masculin** Taille **168 cm**
 Ethnicité **Africain** Poids **62 kg** IMC **22**

CVF avec CV

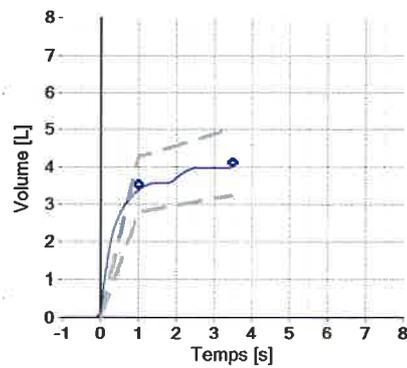
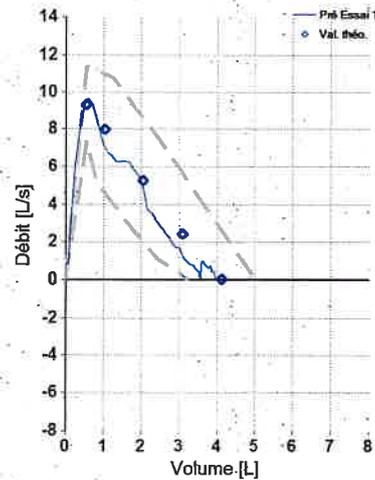
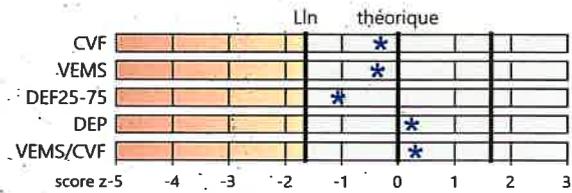
Votre VEMS/théorique: 95 %

Date du test **11/02/2022 08:34:16** 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			
		LIn	Meilleur	Essai 1	%Théo.
CVF [L]	4,12	3,24	3,96	3,96	96
VEMS [L]	3,53	2,79	3,36	3,36	95
VEMS/CVF	0,827	0,709	0,850	0,850	103
DEF25-75 [L/s]	4,88	3,17	3,77	3,77	77
DEP [L/s]	9,39	7,40	9,69	9,69	103
TEF [s]	-	-	3,5	3,5	-

Attention: qualité de test médiocre. Interpréter avec précaution.

Qualité du test Pré D - Un seul essai acceptable
 Interprétation système Pré Aucune interprétation, pas assez d'essais acceptables





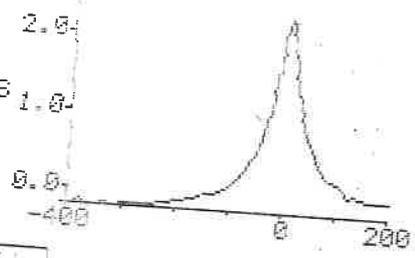
ZODIAC 981 N/S 37874
 Casque N/S _____
 Date Cal: 21-Oct-2021

AeMC U.E.F. 85
 CEMA TB

Opérateur: BA NANADA Salieu
 Patient: _____
 N du Patient: 21
 Date: 11-Fév-2022
 Heure 09:32

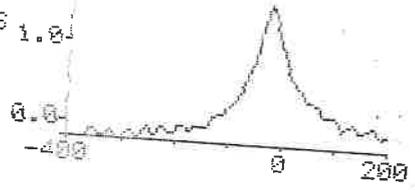
Temp.: FTE-I Gauche

UCA1: 1.11 ml 3.0 ml
 UCA2: --- ml
 POM1: 0 daP
 POM2: --- daP 2.0
 POMd: --- daP
 Vitesse 400 dP/S 1.0
 Dir.: Néa.



Temp.: FTE-I Droite

UCA1: 0.96 ml 3.0 ml
 UCA2: --- ml
 POM1: -30 daP
 POM2: --- daP 2.0
 POMd: --- daP
 Vitesse 400 dP/S 1.0
 Dir.: Néa.



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 : BA MAMADOU SALIOU	(4) Nom de naissance : (12) Genre sollicité: <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Renouvellement/prorogation
(5) Prénoms : Né(e) le : 05/06/1999 [19873] DAKAR	(6) Date de naissance : (7) Sexe: <input checked="" type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin (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 stockés 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: Dr. P. CORREA
Medecin
CEMA Toulouse

(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 (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 <u>PPC</u> <u>6 cm</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(311) Accommodation <u>D</u>	<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	<input checked="" type="checkbox"/>	Ortho	<input 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 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:

(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: <u>11.2.22</u>	Nom et adresse de l'examinateur: (en majuscules):	N° d'AME ou de spécialiste:
Signature du médecin examinateur agréé: <u>Dr Françoise CLERGUE</u> 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

Acuité visuelle:

(314) Vision à distance (à 5/6m)

	Sans correction		Lunettes		Lentilles de contact
		Corrigé à			
Œil droit	10 /10		110	110	110
Œil gauche	10 /10		110	110	110
Vision Binoculaire	10 /10		110	110	110

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

	Sans correction		Lunettes		Lentilles de contact
		Corrigé à			
Œil droit	12 /10		110	110	110
Œil gauche	12 /10		110	110	110
Vision Binoculaire	12 /10		110	110	110

(316) Vision de près (à 30-50 cm)

	Sans correction		Lunettes		Lentilles de contact
		Corrigé à			
Œil droit	12 /10		110	110	110
Œil gauche	12 /10		110	110	110
Vision Binoculaire	12 /10		110	110	110

(317) Réfraction

Sans cylindre

	Sph	Cylindrique	Axe	Addition
Œil droit	-3.00	-0.25	10	
Œil gauche	-0.50	-0.25	20	

Prescription optique basée sur la réfraction objective:

(318) Lunettes

Oui Non
Type: Oui Non

(319) Lentilles de contact

Oui Non
Type: Oui Non

(320) Tension intra-oculaire

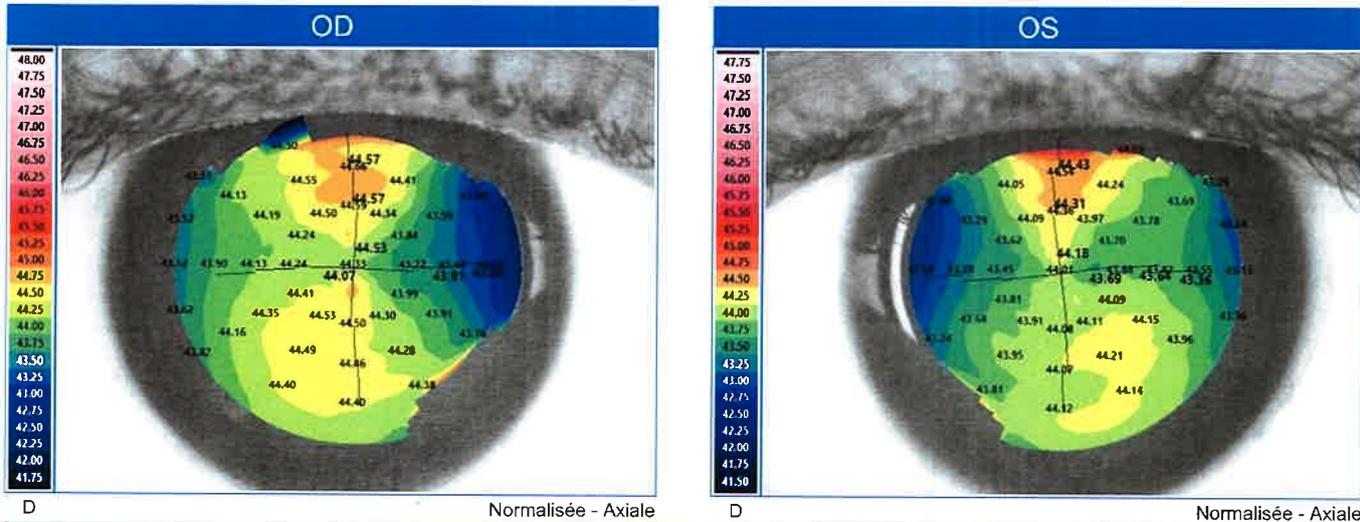
Droit	<u>16</u> mmHg	Gauche	<u>16</u> mmHg
-------	----------------	--------	----------------

Méthode:

Normal Anormal

Information Patient			
Patient	BA	Sexe	M
Patient ID	MAMADOU SALIOU	Date d'Examen	11/02/2022 08:48:11
Date de Naissance	Né(e) le : 05/06/1999 19873		
	DAKAR		

MAPPE



Mériidiens

3 mm	5 mm	7 mm	3 mm	5 mm	7 mm
44.07 @ 178°	43.91 @ 1°	43.68 @ 3°	43.69 @ 7°	43.64 @ 5°	43.36 @ 1°
44.53 @ 88°	44.57 @ 91°	44.57 @ 93°	44.18 @ 97°	44.31 @ 95°	44.43 @ 91°
-0.46D ax178°	-0.66D ax1°	-0.89D ax3°	-0.49D ax7°	-0.67D ax5°	-1.07D ax1°

Données Cornée

Décentration Cornée	X= -0.36 mm	Y= -0.05 mm	Décentration Cornée	X= 0.37 mm	Y= -0.07 mm
Diamètre	11.76 mm		Diamètre	11.77 mm	
Décentration Pupille	H= -0.02 mm	V= -0.02 mm	Décentration Pupille	H= 0.30 mm	V= 0.04 mm
Diamètre Pupille Moyen	3.57 mm		Diamètre Pupille Moyen	3.69 mm	
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 44.28 D / 3mm: 44.30 D		Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 43.97 D / 3mm: 43.97 D	

Détection du Kératocône

AK	AGC	SI	Kpi	AK	AGC	SI	Kpi
45.01 D	0.51 D/mm	-0.12 D	0%	45.13 D	0.52 D/mm	-0.10 D	0%
Topographie non compatible avec un kératocône				Topographie non compatible avec un kératocône			
A	D	Ro - Teta	Rnd	A	D	Ro - Teta	Rnd

Indices de Kérato-Réfraction

SD	SAI	Asph.	Kc	SD	SAI	Asph.	Kc
SD = 0.28 D	SAI = 0.20 D	e = 0.24	44.31 D	SD = 0.31 D	SAI = 0.11 D	e = -0.10	43.98 D

Annotations

Patient: **BA, I**
Date de naissance: **05/06/1999**
Sexe: **masculin**
Identifiant du patient: **30012**

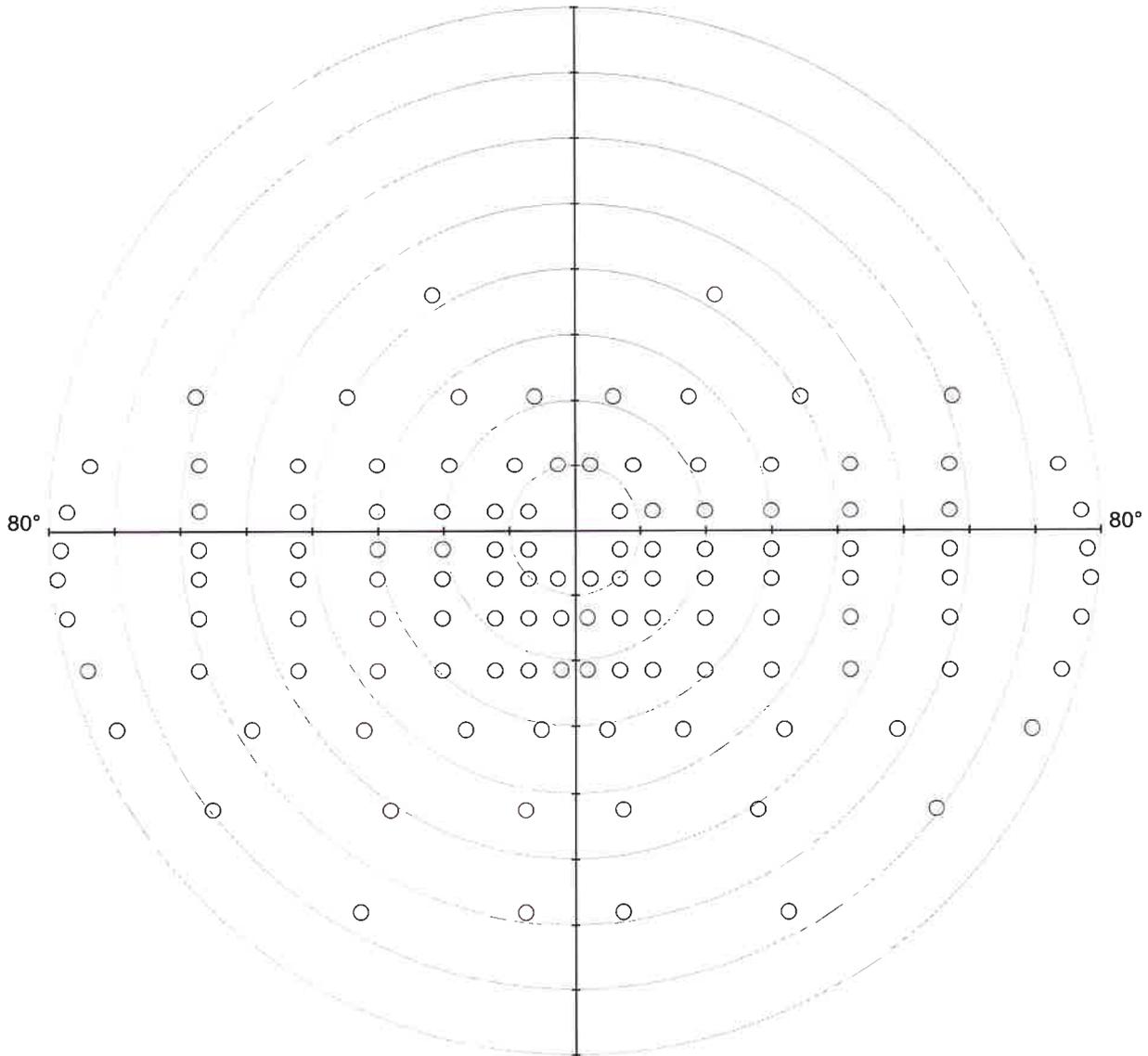
BA
MAMADOU SALIOU
Né(e) le : 05/06/1999 **19873**
DAKAR

Haag-Streit Diagnostics AG

OU Valeur supraliminaire HFA

ET - Esterman

Contrôle de fixation:	Arrêt	Stimulus:	B/B, III, Blanc	Date:	11/02/2022
Cible de fixation:	Croix	Fond:	31.4 asb	Heure:	07:34
Pertes de fixation:	n/a	Stratégie:	1LT-ET	Âge:	22
Erreurs faux POS:	0/6	Diamètre de la pupille:	Non mesuré		
Erreurs faux NÉG:	0/6	Acuité visuelle:			
Durée du test:	03:32	Rx:			



Score Esterman: **100**
○ Point vu: **120/120**
■ Point non vu: **0/120**
△ Tache aveugle

Commentaires

Signature



Fiche intermédiaire d'examen de la santé mentale

BA

MAMADOU SALIOU

didats à l'admission CL1 en AeMC

- SECRET MEDICAL

Né(e) le : 05/06/1999 19873

DAKAR

Date de naissance (JJ/MM/AAAA):

05/06/1999

Lieu de naissance:

ZIGUINCHOR

Pays de naissance:

Senegal

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 ? 21,6

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

expérience aéronautique (heures de vol) ?

5h

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:

Medecin

Dr. P. CORREA
CEMA Toulouse

Rapport ECG 12 dér

Masculin

ID patient: 7

N° de salle :

Département :

FC : 80bpm
P : 111ms
FP : 179ms
QRS : 91ms
QT/QTc : 339/393ms
P/QRS/T : 67/70/-39deg.
RV5/SV1 : 3.17/1/1.237mV

Nom infos diagn.:

1. Rythme de sinus
2. Hypertrophie ventriculaire gauche
3. Anomalie consécutive de l'onde T possible

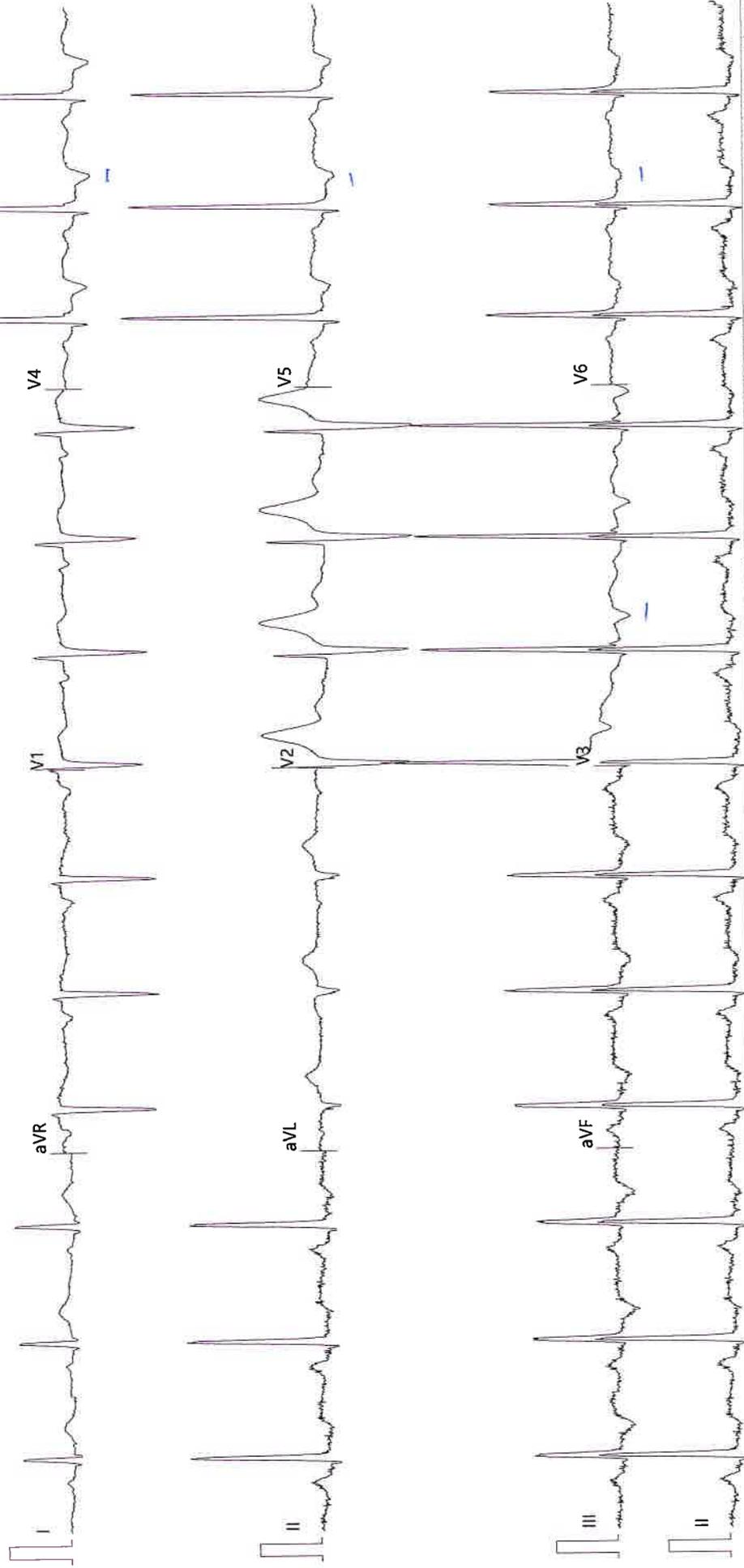
Dr. P. CORREA

Medecin

CEMA Toulouse

BA
MAMADOU SALIOU
Né(e) le : 05/06/1999 19873
DAKAR

Rapp. confirmé par:
10mm/mV
25mm/s





CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr.....
M^r,
.....certifie que
.....

Agé (e) de...ans est suivi (e) au service d'odontologie de l'Hôpital Militaire de Ouakam pour des soins dentaires.

En foi de quoi, le présent certificat médical lui est délivré pour servir et faire valoir ce que de droit.

Le Médecin Traitant

Dr Cheikh NDOYF
Médecin Commandant
Forces Armées Sénégalaises

Au Médecin traitant

Aux bons soins de
Monsieur MAMADOU SALIOU BA

Blagnac, le 11 février 2022.

Mon Cher Confrère,

Je viens d'examiner pour sa visite d'admission PNT, Monsieur MAMADOU SALIOU BA, âgé de 22 ans.

Sa tension artérielle est légèrement élevée après contrôle (140/90 mmHg).

Son ECG de ce jour inscrit des ondes T négatives de V3 à V6.

Afin de le réhabiliter dans ses fonctions de pilote, un bilan cardiologique est nécessaire comprenant une échocardiographie, une épreuve d'effort si non contre-indiquée et le compte rendu de consultation cardiologique de synthèse.

En vous remerciant de bien vouloir nous tenir informés des résultats, je vous prie d'agréer, Cher Confrère, l'expression de mes salutations les meilleures.

Docteur J.Y LAFAILLE
Médecin Chef.



Au Médecin traitant

Aux bons soins de
Monsieur MAMADOU SALIOU BA

Blagnac, le 11 février 2022

Mon Cher Confrère,

Je viens d'examiner pour sa visite d'admission PNT, Monsieur MAMADOU SALIOU BA, âgé de 22 ans.

Il présente une légère élévation des GGT.

Il est nécessaire de réaliser :

- ① Un contrôle du bilan hépatique.
- ① Une échographie abdominale à jeun.
- ② Une consultation auprès d'un gastroentérologue si cette anomalie persistait.

En vous remerciant de bien vouloir nous tenir informés des résultats, je vous prie d'agréer, Cher Confrère, l'expression de mes salutations les meilleures.

Docteur J. Y. LAFAILLE
Médecin Chef.





Demande : Dr JOURDAN PIERRE

AEROPORT TOULOUSE BLAGNAC BAT 5 HALL B 3EME ETAGE 31700 BLAG

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

Patient : M. BA MAMADOU SALIOU

Né(e) le 05.06.1999

Dossier N° 0120420019 -00 reçu le 09.02.2022 à 11:28

Prélevé le 11.02.2022 à 11:28

Edité le 11.02.2022 à 10:03

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	5,27	T/L	N: 4,60 à 6,20
Hémoglobine	15,1	g/dL	N: 13,0 à 18,0
Hématocrite	45,8	%	N: 37,0 à 50,0
Volume Globulaire Moyen	86,9	fL	N: 79,0 à 97,0
Taux Globulaire Moyen en Hb	28,7	pg	N: 27,0 à 32,0
Conc Glob Moyenne en Hb	33,0	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	41,7 % soit	2,54	G/L	N: 1,50 à 7,50
Eosinophiles	6,9 % soit	0,42	G/L	N: 0,00 à 0,60
Basophiles	0,9 % soit	0,05	G/L	N: 0,00 à 0,20
LYMPHOCYTES	36,7 % soit	2,24	G/L	N: 1,10 à 4,40
MONOCYTES	13,8 % soit	0,84	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. BA MAMADOU SALIOU**

Né(e) le 05.06.1999

Dossier N° 0120420019 00 du 11.02.2022 à 11:28

prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE

transmis par CEMPN - CEMA

BIOCHIMIE (sang)

Intervalle de référence

Antécédents

GLYCEMIE*(Colorimétrie, cobas)*

	1,01	g/l	N: 0,70 - 1,10
<i>soit</i>	5,60	mmol/l	N: 3,89 - 6,12

CREATININE*(Méthode enzymatique, Cobas)*

	79	μmol/l	N: 59 - 104
<i>soit</i>	9	mg/l	N: 7 - 12

ESTIMATION DU DEBIT DE FILTRATION GLOMERULAIRE (selon équation CKD-EPI)DFG origine caucasienne **118** ml/min/1,73m²DFG origine africaine subsaharienne et afro-américaine **136** 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*(Colorimétrie enzymatique, Cobas)*

	59	mg/l	N: 34 - 70
<i>soit</i>	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*(Colorimétrie enzymatique)*

	0,89	g/l	N: Inf. à 1,98
<i>soit</i>	1,01	mmol/l	N: Inf. à 2,26

CHOLESTEROL TOTAL*(Colorimétrie enzymatique, Cobas)*

	2,15	g/l	N: 1,00 - 2,20
<i>soit</i>	5,56	mmol/l	N: 2,59 - 5,70

TRANSAMINASE G.O.*(Colorimétrie IFCC, Cobas)*

	20	U/l	N: 10 - 50
--	----	-----	------------

Sérum hémolysé

TRANSAMINASE G.P.*(Colorimétrie IFCC, Cobas)*

	22	U/l	N: 10 - 50
--	----	-----	------------

G.G.T*(Colorimétrie enzymatique, Cobas)*

	77	U/l	N: 8 - 61
--	----	-----	-----------

Compte-rendu d'examens biologiques de :

M. BA MAMADOU SALIOU

Dossier N° 012042001900 du 11.02.2022 à 11:28
prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE

Né(e) le 05.06.1999

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

DÉPARTEMENT D'ANALYSES SPÉCIALISÉES

INOVIA

19873

Monsieur BA MAMADOU SALIOU

Inovie AS Les Cedres



Copie à :

Demande n° 11/02/22-GI-0698 -IASJ-

Edité le, lundi 14 février 2022

Patient né(e) le 05/06/1999 22 Ans
FSE Hors tiers payant - HPRIM-HPRGI
Prélevé le 11/02/22 à 11H28**Biochimie**

Valeurs de référence

Antériorités

✓ CDT Transferrine déficiente en carbohydrate .
(Sang - Electrophorèse capillaire - Sébia) Montpellier - Garosud

0,9 %

Inf. à 1,6

Seuil pathologique : CDT supérieure à 1,6 %

Malgré une spécificité de 97 %, les concentrations élevées en CDT doivent être interprétées dans un contexte global en raison de faux positifs (pathologies hépatiques graves, variants génétiques rares de la transferrine, grossesse).



Yoann EHRHARD Biologiste

Nous vous informons que conformément à la réglementation en vigueur, vos échantillons biologiques sont conservés pour une période réglementée puis détruits. Toutefois durant cette période de conservation vos échantillons biologiques et vos données personnelles y étant attachées pourront être distribués et utilisés à des fins exclusives de contrôle des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro et/ou des comparaisons de méthodes, sauf opposition de votre part à manifester à tout moment auprès du secrétariat médical de votre laboratoire dont l'adresse est disponible via le lien suivant : <https://LABOSUD.fr/nos-laboratoires>, et ce, en application des dispositions de l'article L 1211-2 du Code de la Santé Publique. Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous disposez à tout moment, d'un droit d'opposition, d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation et de portabilité s'agissant du traitement de vos données personnelles. Pour cela, merci vous rendre sur le site internet suivant <https://LABOSUD.fr/volet-que-de-confidentialite-rgpd/>

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE

SIÈGE SOCIAL - 90 rue Nicolas Chedeville - CS 30785 - 34075 MONTPELLIER CEDEX 3

Liste des Laboratoires de biologie médicale sur www.labosud.fr

MEMBRE DU GROUPE INOVIA



Je soussigné Dr **Jean-Yves LAFAILLE** _____

- Médecin Chef/Directeur/Suppléant de l'AeMC de **TOULOUSE-BLAGNAC** _____
 Médecin agréé de Classe 1
 Médecin agréé de Classe 2

Certifie que Mr/Mme (nom, prénom) BA Nambou Selou

Né(e) le 05/06/1993

Candidat à l'obtention :

- D'un certificat médical de Classe 1
 D'un certificat médical de Classe 2 (pilote privé avion ou pilote privé hélicoptère)
 D'un certificat médical de Classe LAPL (LAPL avion)
 D'un certificat médical de Classe 2 (brevet de base, pilote de planeur, pilote de ballon libre)
 D'un certificat d'aptitude personnel d'essais et réceptions
 D'une attestation d'aptitude physique et mentale de membre d'équipage de cabine
 D'un certificat autre : précisez lequel : _____

A été examiné(e) ce jour, le 11/02/2022

Et qu'il (elle) **ne répond pas** aux normes d'aptitude médicale prévues par :

- L'annexe IV PART-MED du règlement (UE) N° 1178/2011 de la Commission du 3 Novembre 2011.
 L'arrêté du 27 Janvier 2005 relatif à l'aptitude physique et mentale du personnel navigant technique professionnel de l'aéronautique civile (FCL 3).
 L'arrêté du 2 Décembre 1988 modifié relatif à l'aptitude physique et mentale du personnel navigant technique de l'aviation civile.
 L'arrêté du 4 Septembre 2007 modifié relatif à l'aptitude physique et mentale du personnel navigant commercial.
 L'arrêté du 26 Octobre 2007 relatif à l'aptitude physique et mentale du personnel navigant professionnel de l'aéronautique civile (personnels d'essais et réceptions).

Son dossier est transmis au Pôle Médical de la DSAC/PN sous pli confidentiel médical.

Document remis en main propre au candidat (copie adressé au Pôle Médical)

Fait à Toulouse Blagnac

Le 11-02-2022

Signature et cachet

