FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - **SECRET MEDICAL**

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

dgac
DSAC

(1) Pays de délivrance de licence : SÉNÉGAL	(13) N° référence:	
	(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ■ Classe 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA ☐	
(3) Nom : FALL	(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité ■ initial ☐ renouvellement/prorogation
(5) Prénom(s) : OUSMANE	(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 10/03/1997 (7) Sexe : Masculin ■ Féminin ☐	(14) Type de licence désirée : PILOTE DE LIGNE (15) Profession (principale) : ÉTUDIANT
(8) Lieu et pays de naissance : DAKAR SÉNÉGAL	(9) Nationalité : SÉNÉGALAISE	(16) Employeur : AIRE SÉNÉGAL SA
(10) Adresse permanente : KHOMBOLE Pays : SÉNÉGAL N° de téléphone : +221769417276 Courriel : OUSMANEFALL230@GMAIL.COM	(11) Adresse postale : (si différente) Pays : N° de téléphone :	(17) Dernier examen médical : Date : 05/01/2022 Lieu : CEMPA DAKAR SÉNÉGAL
		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ■ Oui ☐ détails :

(18) Licence(s) de vol possédée(s)

types	Numéro de licence	Pays de délivrance

(21) Nombre total d'heures de vol : 4	(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 4

(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: Détails :	(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : MONOMOTEUR A PISTON (25) Type de vol envisagé : DES VOLS D'INSTRUCTION
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ■ Oui ☐ Date : Lieu: Détails :	(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:
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non ■ Oui ☐ consommation journalière unités	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais ■ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt : Oui ☐ 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). Détaillez dans la rubrique « (30) remarques »

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
(101) Maladie ou opération oculaire	☐	■	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	☐	■	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	■	☐	**Antécédents familiaux**		
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	☐	■	(113) Traumatismes crânien ou commotion	☐	■	(124) Test VIH positif	☐	■	(170) Affection cardiaque	☐	■
			(114) Maux de tête fréquents ou graves	☐	■	(125) Maladie sexuellement transmissible	☐	■	(171) Hypertension artérielle	☐	■
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	☐	■	(115) Accès de vertige/évanouissement	☐	■	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	☐	■	(172) Taux élevé de cholestérol	☐	■
(104) Allergie ou rhume des foins	☐	■	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	☐	■	(127) Maladie musculaire ou squelettique	☐	■	(173) Epilepsie	☐	■
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	☐	■	(117) Affection neurologique : AVC, epilepsie, convulsions, paralysie, etc...	☐	■	(128) Toute autre maladie ou blessure	☐	■	(174) Maladie mentale/suicide	☐	■
									(175) Diabète	☐	■
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	☐	■	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	☐	■	(129) Hospitalisation	☐	■	(176) Tuberculose	☐	■
						(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	☐	■	(177) Allergie/asthme/eczéma	☐	■
(107) Tension artérielle élevée ou basse	☐	■	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	☐	■	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	☐	■	(178) Maladie héréditaire	☐	■
									(179) Glaucome	☐	■
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	☐	■	(120) Tentative de suicide ou automutilation	☐	■	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	☐	■	**A remplir uniquement pour les femmes**		
(109) Diabète ou désordre hormonal	☐	■							(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	☐	☐
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	☐	■	(121) Mal des transports nécessitant médication	☐	■	(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	☐	■			
(111) Surdité ou maladie des oreilles	☐	■	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	☐	■	(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	☐	■	(151) Etes-vous enceinte ?	☐	☐

(30) **Remarques :**
123 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 À LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MÉDICALES : 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 aéro médicale ou dans le cadre d'un recours. En reconnaissant que ces documents ou données stockées électroniquement doivent être utilisés pour compléter une évaluation médicale et deviendront et resteront la propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès conformément à la législation nationale. Le secret médical sera respecté à tout moment. NOTIFICATION DE DIVULGATION DE DONNEES PERSONNELLES: Je déclare par la présente que j'ai été informé et que je comprends que les données contenues dans mon certificat médical selon l'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 : 27/01/2022

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :
Dr. P. CORREA
Médecin
CEMA Toulouse

FALL
OUSMANE
Né(e) le : 10/03/1997 30094
SINDIAN

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
dgac

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(annexe au formulaire pour demande de certificat médical)
PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - **SECRET MEDICAL**

NOM :	Prénoms :	Date de naissance (JJ/MM/AAAA): Lieu de naissance :

(201) Catégorie d'examen	(202) Taille	(203) Poids	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique	Diastolique	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm)	Rythme
[x] Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	185 cm	63 kg	Noir	Noir	135	80	90	[x] régulier ☐ irrégulier

Examen clinique : Cochez chaque item

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

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

Cadet - Air SN - , 24 ans étudiant [illegible]. Parents [illegible]
Paludisme dernier accès 2019 . Pas d'hospitalisation.
Tabac = 0
Alc = 0
III = Dentaire.
Sport : 2x / sem
Toxiques négatifs.

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

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

(232) **Lunettes** Oui ☐ Non ☐ Type :		(233) **Lentilles de contact** Oui ☐ Non ☐ Type :		
Réfraction	Sph	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 — Nombre d'erreurs

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

	Oreille droite	Oreille gauche
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur	Oui [x] Non ☐	Oui [x] Non ☐

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

(236) **Fonction respiratoire**
VEMS/CV 84 % — Peak Flow 918 (l/min) — Normal [x] Anormal ☐ — Normal ☐ Anormal ☐

(237) **Hémoglobine**
13,3 (g/dl) — Normal [x] Anormal ☐

(235) **Analyse d'urine** Normale [x] Anormale ☐

Glucose	Protéines	Sang	Autres
0	0	0	

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	☐	11-02-22	[x]	☐
(239) Audiogramme	☐	11-02-22	[x]	☐
(240) Examen Ophtalmologique	☐	10-02-22	[x]	☐
(241) Examen ORL	☐		☐	☐
(242) Lipides sanguins	☐	11 02 22	☐	☐
(243) Fonction respiratoire	☐	11-02-22	[x]	☐
(320) Tonométrie G : 15 D : 15 mmHg	☐	11 02 22	☐	☐
(244) Divers(Sujet?):	☐		☐	☐

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

Avis : Apte

Nom : Dr. P. CORREA
Signature : Medecin
CEMA Toulouse

(247 bis) **Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé**

[x] **APTE pour la classe:**
☐ **certificat médical délivré par le soussigné (copie jointe) pour la classe:**
☐ **INAPTE pour la classe :**
☐ **Remis pour une évaluation complémentaire,** dans l'affirmative, indiquer:
le destinataire :
le motif :

➤Renvoi/concertation
Si une décision a été prise antérieurement par l'autorité en inscrire ici les références et le libellé complet et les reporter sur le certificat d'aptitude remis au candidat.
Décision N° .... du ....
Libellé :

Champ d'application du certificat	**CLASSE 1**	**CLASSE 2**	**LAPL**	**PNC/CCA**
	[x]	[x]	[x]	☐

(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 : 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:
11-02-2022	Dr P. JOURDAN Médecin chef Fra - AeMC - 05	

Réf Rapport examen médical 03.09.2019

Direction Générale de l'Aviation Civile

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

dgac

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: ☒ 1 ☐ 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA	
(3) Nc FALL OUSMANE (5) Pn Né(e) le : 10/03/1997 30094 SINDIAN	(4) Nom de naissance:	(12) Genre sollicité: ☒ Initial ☐ Renouvellement/prorogation
	(6) Date de naissance:	(7) Sexe: ☒ Masculin ☐ 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: 10/02/22 Signature du demandeur:

Signature du médecin examinateur agréé: Dr. P. CORREA Médecin CEMA Toulouse

(402) Catégorie d'examen:
☒ Initial
☐ prorogation
☐ Renouvellement
☐ Recours spécial

(403) Antécédents ORL: RAS

Examen clinique:

Cocher chaque item	Normal	Anormal
(404) Tête, visage, cou, cuir chevelu	☒	☐
(405) Cavité buccale, dents	☒	☐
(406) Pharynx	☒	☐
(407) Narines et naso-pharynx (y compris rhinoscopie antérieure)	☒	☐
(408) Système vestibulaire, y compris Romberg	☒	☐
(409) Élocution	☒	☐
(410) Sinus	☒	☐
(411) Conduits auditifs externes, tympans	☒	☐
(412) Otoscopie pneumatique	☐	☐
(413) Tympanométrie, y compris la manœuvre de Valsalva (uniquement examen initial)	☒	☐

Tests supplémentaires (si indiqués)

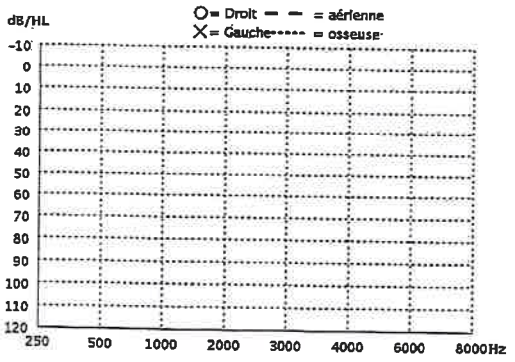
	Non effectué	Normal	Anormal
(414) Audiométrie vocale	☒	☐	☐
(415) Rhinoscopie postérieure	☐	☐	☐
(416) ENG; nystagmus spontané et positionnel	☐	☐	☐
(417) Épreuve calorique différentielle - Épreuve vestibulaire rotatoire	☐	☐	☐
(418) Laryngoscopie directe ou indirecte	☐	☐	☐

(419) Audiométrie tonale

db HL (seuil d'audition)

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

(420) Audiogramme



(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: 11-02-22	Nom et adresse de l'examinateur: (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 ☒ Apte ☐ Inapte

Audiométrie tonale

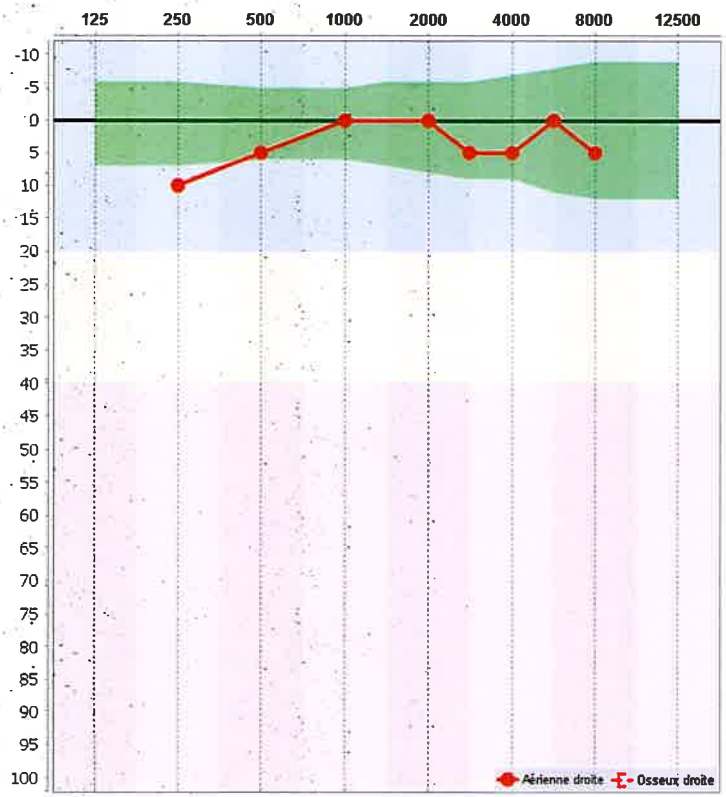
Opérateur : Pauline Cansot

Patient **Ousmane Fall**

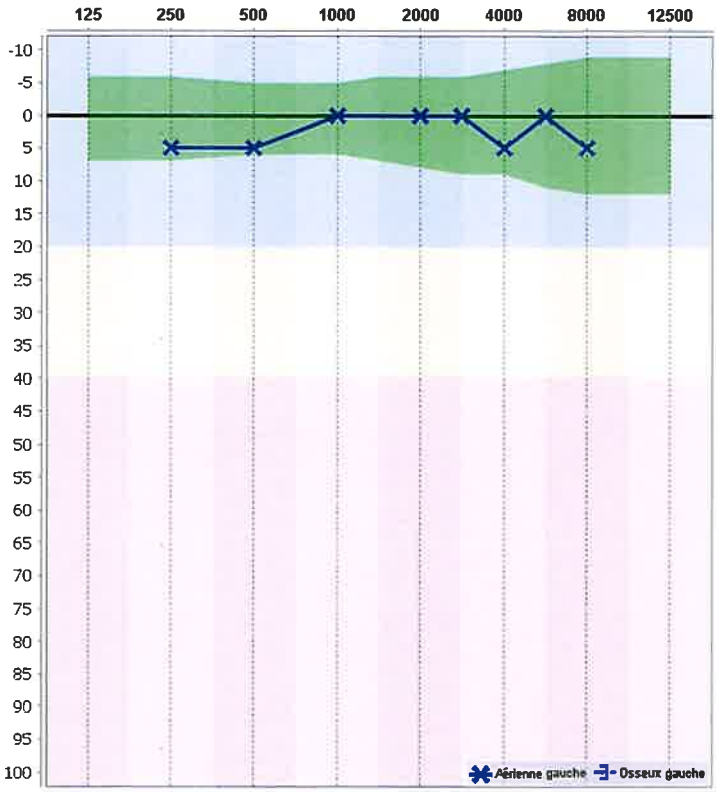
Date de naissance 10 mars 1997

Date de mesure 11/02/2022 08:40:56

Droite



Gauche



Indice Tonal Moyen	Gauche	Droite
Indice Tonal Moyen	1,67 dB HL	1,67 dB HL
Indice précoce d'alerte	1,67 dB HL	3,33 dB HL
Indicateur médico-légal	1,50 dB HL	1,50 dB HL
Indicateur de surdité professionnelle	2,50 dB HL	2,50 dB HL
Sigycop (O= 2)	Coef. : 1	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

ndd Medical Technologies

Zurich, Switzerland

FALL
OUSMANE
Né(e) le : 10/03/1997 30094
SINDIAN

Fall, Ousmane

Age: 24 (10/03/1997)

Sexe	Masculin	Taille	180 cm		
Ethnicité	Africain	Poids	70 kg	IMC	21.6

CVF avec CV

Votre VEMS/théorique: 91 %

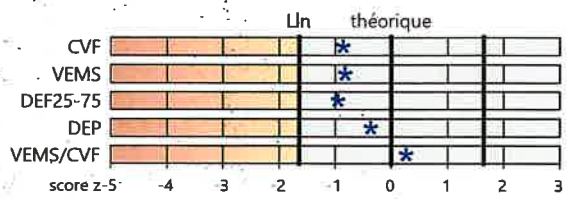
Date du test	11/02/2022 08:43:54	Interprétation	GOLD(2008)/Hardie	Sélection de valeur	Meill. valeur
Heure post		Val. théo.	ERS (ECCS/EGKS), 1993 * 0,88	BTPS (insp/exp)	1,12/1,02

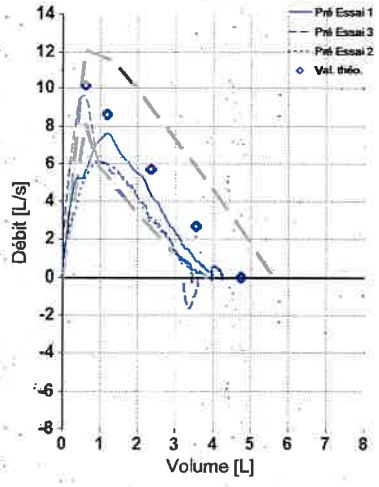
			Pré				
Paramètre	Théo.	Lln	Meilleur	~~Essai 1~~	~~Essai 3~~	~~Essai 2~~	%Théo.
CVF [L]	4,73	3,85	4,27	4,27	3,60*	3,47*	90
VEMS [L]	3,98	3,24	3,61	3,61	3,29	3,23*	91
VEMS/CVF	0,827	0,709	0,846	0,846	0,914	0,930	102
DEF25-75 [L/s]	5,12	3,41	4,12	4,12	4,11	4,34	81
DEP [L/s]	10,13	8,14	9,68	7,65*	9,68	6,09*	96
TEF [s]	-	-	4,1	4,1	1,7	2,4	-

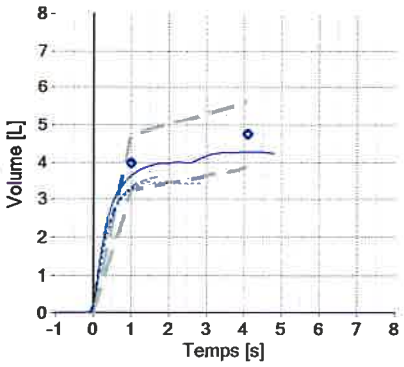
Attention: qualité de test médiocre. Interpréter avec précaution.

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

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







Madsen Electronics

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

AeMC U.E.F.05

FALL
OUSMANE
Né(e) le : 10/03/1997 30094
SINDIAN

Opérateur: [illegible] 2

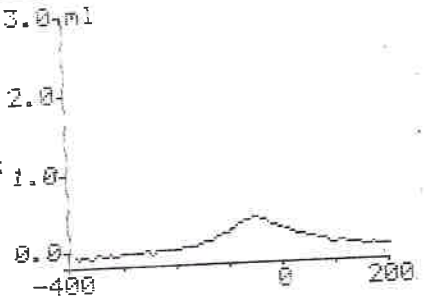
Patient: ---

N du Patient: 22

Date: 11-Fév-2022 Heure 09:42

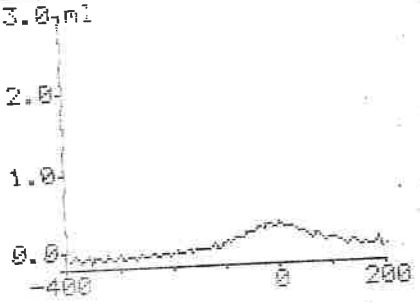
Tymp.: FTE-I Gauche

VCA1:	0.77 ml
VCA2:	---- ml
POM1:	-50 daP
POM2:	---- daP
POMd:	---- daP
Vitesse	400 dP/S
Dir.:	Nég.



Tymp.: FTE-I Droite

VCA1:	0.76 ml
VCA2:	---- ml
POM1:	0 daP
POM2:	---- daP
POMd:	---- daP
Vitesse	400 dP/S
Dir.:	Nég.



Direction Générale de l'Aviation Civile

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

dgac

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 : ☑ 1 ☐ 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA		
(3) N° FALL OUSMANE	(4) Nom de naissance :	(12) Genre sollicité: ☑ Initial ☐ Renouvellement/prorogation	
(5) F Né(e) le : 10/03/1997 30094 SINDIAN	(6) Date de naissance:	(7) Sexe: ☑ Masculin ☐ 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 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: Fall

Signature du médecin examinateur (AME) Dr P. CORREA Médecin CEMA Toulouse

(302) Catégorie d'examen:	(303) Antécédents ophtalmologiques:
☑ Initial ☐ prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	RAS

Examen clinique:

Contrôler chaque point		Normal	Anormal
(304) Yeux, aspect externe & paupières		☒	☐
(305) Yeux, segment antérieur (lampe à fente, ophtalmoscope.)		☒	☐
(306) Position et mobilité oculaire		☒	☐
(307) Champs visuels (confrontation)		☒	☐
(308) Réflexes pupillaires		☒	☐
(309) Fond d'oeil (ophtalmoscopie)		☒	☐
(310) Convergence :	7 cm	☒	☐
(311) Accommodation	D	☐	☐

(312) Équilibre oculomoteur (en dioptries prismatique) TNO non perçu

À la distance de 5/6 mètres	De près à 30-50 cm
Ortho	Ortho
Eso	Eso
Exo	Exo
Hyper	Hyper
Cyclo	Cyclo
Tropie ☐ Oui ☐ Non	Phorie ☐ Oui ☐ Non
Épreuve de réserve de fusion ☐ Non effectué ☐ Normal ☐ Anormal	

(313) Perception des couleurs

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

Test approfondi de perception de couleurs indiqué ☐ Oui ☒ Non

Méthode:

	Normal	Anormal		Normal	Anormal
Lanterne de Beyne	☐	☐	Anomaloscope	☐	☐

☐ Normal ☐ Anormal

Acuité visuelle:

(314) Vision à distance (à 5/6m)

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

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

	Sans correction		Lunettes	Lentilles de contact
Œil droit	P3 /10	Corrigé à	/10	/10
Œil gauche	P2 /10	Corrigé à	/10	/10
Vision Binoculaire	P2 /10	Corrigé à	/10	/10

(316) Vision de près (à 30-50 cm)

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

(317) Réfraction

	Sph	Cylindrique	Axe	Addition
Œil droit	0			
Œil gauche	+0,50	-0,25	40°	

Prescription optique basée sur la réfraction objective:

(318) Lunettes ☐ Oui ☒ Non Type:

(319) Lentilles de contact ☐ Oui ☒ Non Type:

(320) Tension intra-oculaire

Droit	18 mmHg	Gauche	18 mmHg

Méthode: ☐ Normal ☐ 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: 11.2.22	Nom et adresse de l'examinateur: (en majuscules):	N° d'AME ou de spécialiste:
Signature du médecin examinateur agréé: Dr Françoise CLERGUÉ Ophtalmologiste N° 311057186 CEMA TB – 05	E-mail: Telephone No: Fax No:	Proposition d'aptitude du médecin ophtalmologiste ☒ Apte ☐ Inapte

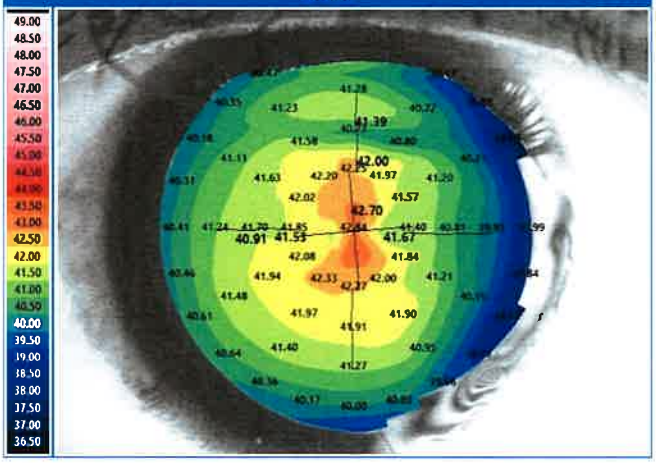
CA-800

CEM-CEMPN BLAGNAC

Information Pati	FALL OUSMANE Né(e)Ne : 10/03/1997 30094 SINDIAN		
Patient		Sexe	M
Patient ID		Date d'Examen	11/02/2022 09:09:42
Date de Naissance	10/03/1997		

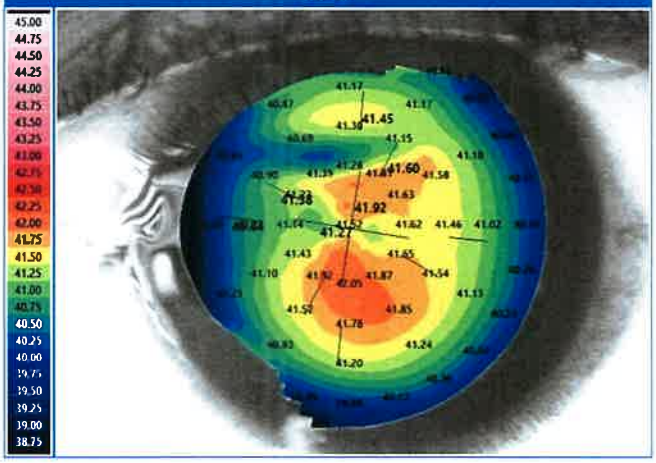
MAPPE

OD



D — Normalisée - Axiale

OS



D — Normalisée - Axiale

Méridiens

3 mm	5 mm	7 mm
41.67 @ 5°	41.53 @ 178°	40.91 @ 179°
42.70 @ 95°	42.00 @ 88°	41.39 @ 89°
-1.02D ax5°	-0.47D ax178°	-0.48D ax179°

3 mm	5 mm	7 mm
41.27 @ 171°	41.38 @ 152°	40.84 @ 175°
41.92 @ 81°	41.60 @ 62°	41.45 @ 85°
-0.65D ax171°	-0.22D ax152°	-0.61D ax175°

Données Cornée

Décentrage Cornée	X= -0.55 mm	Y= -0.51 mm
Diamètre	12.28 mm	
Décentrage Pupille	H= 0.02 mm	V= -0.05 mm
Diamètre Pupille Moyen	3.29 mm	
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 42.19 D / 3mm: 42.36 D	

Décentrage Cornée	X= 0.63 mm	Y= -0.40 mm
Diamètre	12.28 mm	
Décentrage Pupille	N.C.	N.C.
Diamètre Pupille Moyen	N.C.	
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 41.53 D / 3mm: 41.59 D	

Détection du Kératocone

AK	AGC	SI	Kpi
42.57 D	0.80 D/mm	0.31 D	0%
Topographie non compatible avec un kératocône			
A	D	Ro - Teta	Rnd

AK	AGC	SI	Kpi
42.07 D	0.53 D/mm	0.30 D	0%
Topographie non compatible avec un kératocône			
A	D	Ro - Teta	Rnd

Indices de Kérato-Réfraction

SD	SAI	Asph.	Kc
SD = 0.56 D	SAI = 0.21 D	e = 0.72	42.60 D

SD	SAI	Asph.	Kc
SD = 0.50 D	SAI = 0.32 D	e = 0.54	41.55 D

Annotations

MAPPE_CORNÉE (V. 1.6.1) 2022/02/11 09:10:31

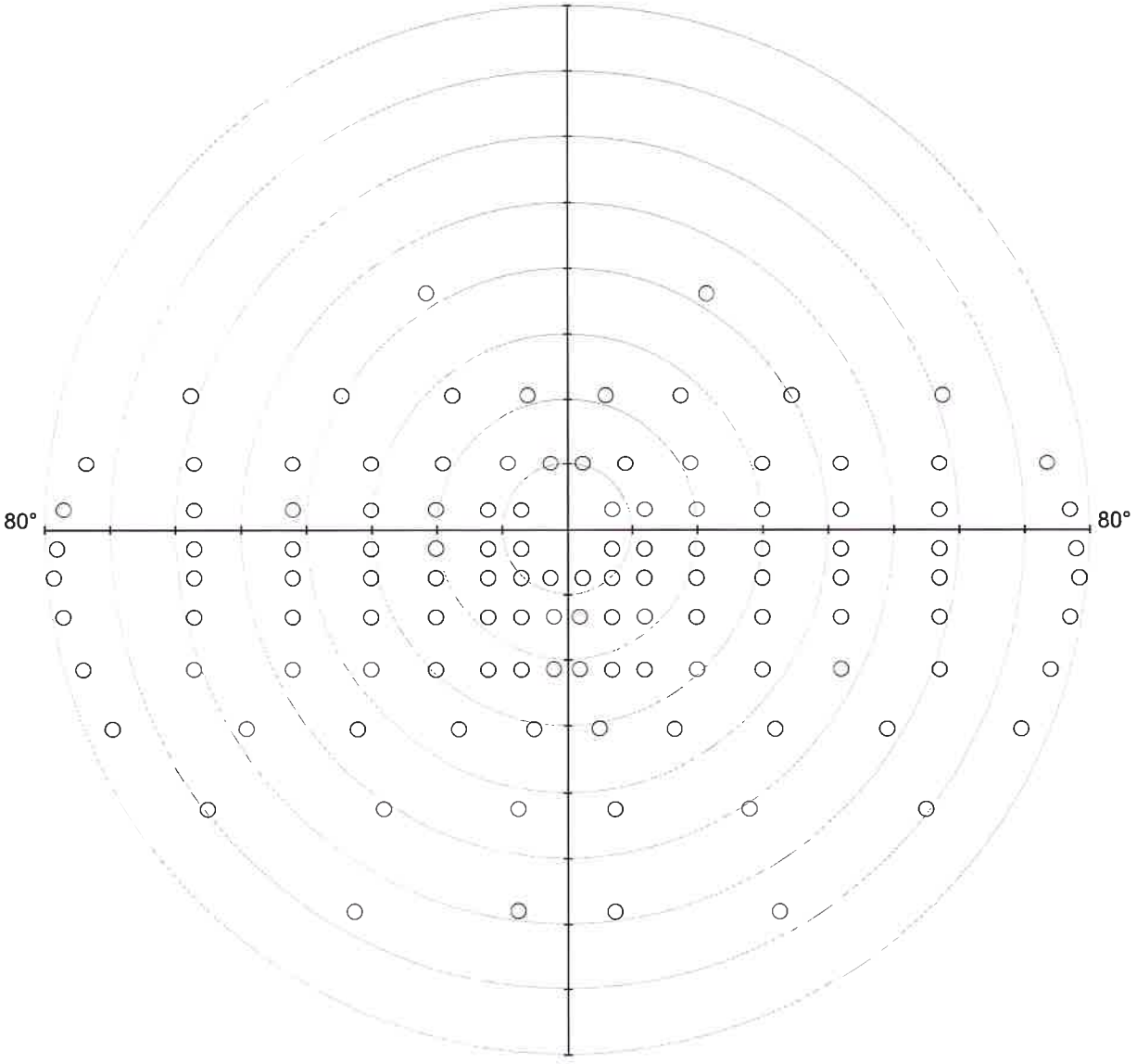
Patient: **FALL, Ousmane**

Date de naissance: 1 FALL
OUSMANE
Sexe: **masculin** Né(e) le : 10/03/1997 30094
Identifiant du patient: SINDIAN

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:	07:56
Pertes de fixation:	n/a	Stratégie:	1LT-ET	Âge:	24
Erreurs faux POS:	0/5	Diamètre de la pupille:	Non mesuré		
Erreurs faux NÉG:	0/5	Acuité visuelle:			
Durée du test:	03:19	Rx:			



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

Commentaires

Signature

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

dgac

FALL
OUSMANE
Né(e) le : 10/03/1997 30094
SINDIAN

e d'examen de la santé mentale

ats à l'admission CL1 en AeMC - SECRET MEDICAL

NOM :
Prénoms :

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

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

commentaires:

3 frères
2 sœurs | marié

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 ?

tests sanguins:

	NFS	GGT	ASAT	ALAT	EAL	CDT
Nle	☒	☒	☒	☒	☒	☐
aNle	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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 ? :

Motivation suffisante. RAS.

expérience aéronautique (heures de vol) ? 4

autre / commentaires :

Nom, date et signature du médecin examinateur

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

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

Nom :
date:
Signature :

Dr. P. CORREA
Médecin
CEMA Toulouse

Rapport ECG 12 dérv

Masculin

ID patient:8

Département :

ambul.ID :

N° de salle :

FC	:	64bpm
P	:	100ms
FP	:	148ms
QRS	:	80ms
QT/QTc	:	397/411ms
P/QRS/T	:	78/96/61deg.
RV5/SV1	:	1.358/1.617mV

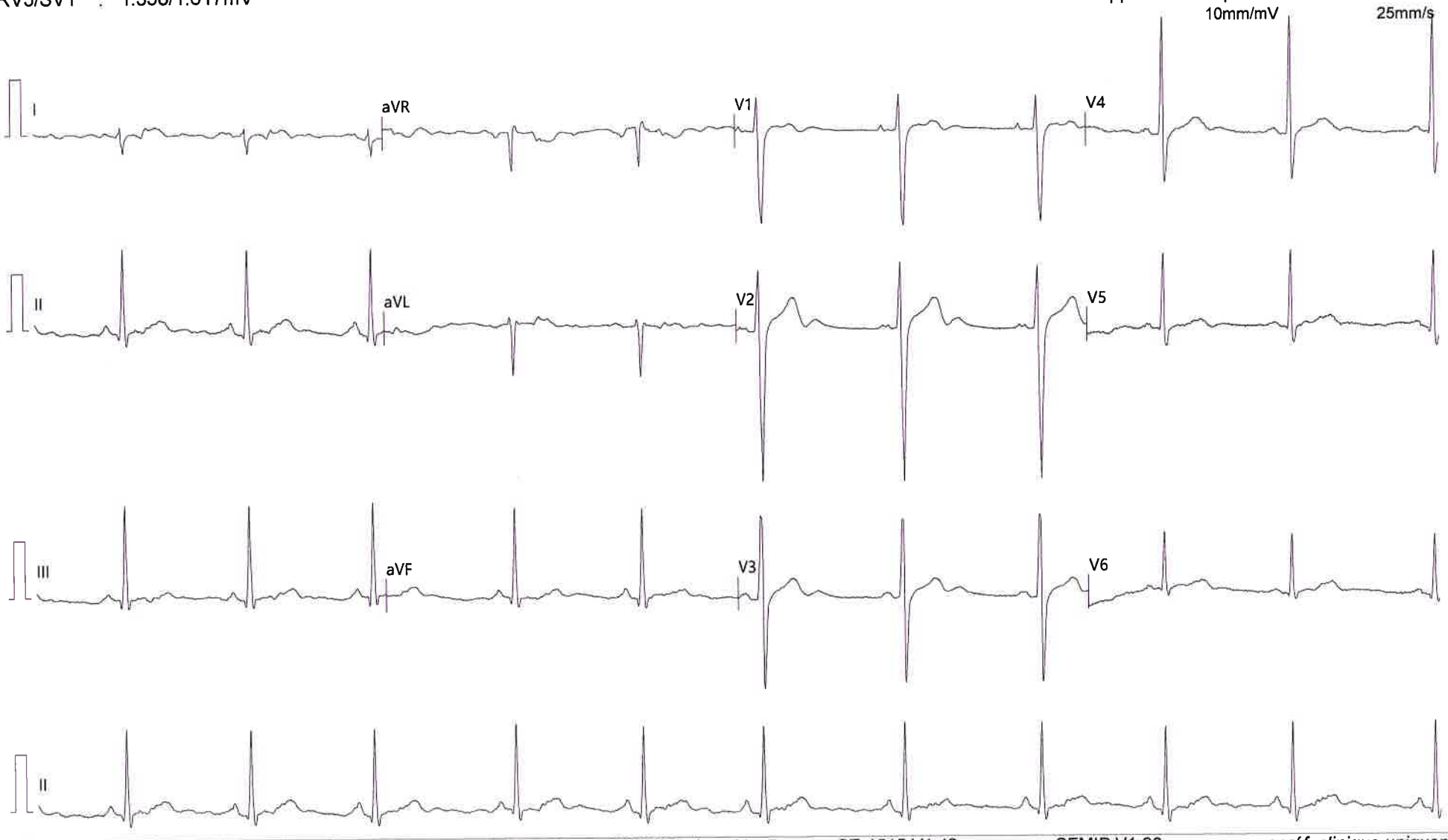
FALL
OUSMANE
Né(e) le : 10/03/1997
SINDIAN
30094

Nom infos diagn.:

Dr. P. CORREA
Medecin
CEMA Toulouse

1.Arythmie de sinus
2.Onde T pointue(V6)
3.Déviation d'axe droite

Rapp. confirmé par:



0.67-100Hz AC50 Exam. Durée :2022-02-11 09:30:09 Heure impr. :2022-02-11 09:03:47 SE-1515 V1.42 SEMIP V1.90 *pr réf. clinique uniquement*

LABORATOIRE DES CEDRES
Membre du Groupe INOVIE
cofrac Accréditation COFRAC n° 8-1625
Normes NF EN ISO 15189 et NF EN ISO 22870
Laboratoire de Biologie Médicale Multisite
Elodie CARRER · Caroline DEVAUX · Yaëlle DAHAN · Catherine ARMENGOL · Bénédicte NOUEL · Ludovic MERIOT · Martial CHEYROUX · Thomas MIGNOT
site Clinique des Cèdres

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. FALL OUSMANE**
Né(e) le 10.03.1997

Dossier N° 0120420009 - 00 reçu le 09.02.2022 à 11:20
Prélevé le 11.02.2022 à 11:20
Edité le 11.02.2022 à 09:57

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	5,6	G/L	N: 4,0 à 11,0	
Globules Rouges	5,22	T/L	N: 4,60 à 6,20	
Hémoglobine	15,3	g/dL	N: 13,0 à 18,0	
Hématocrite	47,1	%	N: 37,0 à 50,0	
Volume Globulaire Moyen	90,3	fL	N: 79,0 à 97,0	
Taux Globulaire Moyen en Hb	29,3	pg	N: 27,0 à 32,0	
Conc Glob Moyenne en Hb	32,5	g/dL	N: 31,0 à 36,0	
Indice distribution GR	13,6	%	N: 12,3 à 17,0	
FORMULE LEUCOCYTAIRE				
(DXH-800, Cytométrie de flux)				
POLYNUCLEAIRES				
Neutrophiles 33,9 % soit	1,90	G/L	N: 1,50 à 7,50	
Eosinophiles 4,8 % soit	0,27	G/L	N: 0,00 à 0,60	
Basophiles 1,2 % soit	0,07	G/L	N: 0,00 à 0,20	
LYMPHOCYTES 49,7 % soit	2,78	G/L	N: 1,10 à 4,40	
MONOCYTES 10,4 % soit	0,58	G/L	N: 0,20 à 0,80	
PLAQUETTES	294,0	G/L	N: 150,0 à 400,0	
(Principe Coulter, Beckman DXH-800)				
Volume plaquettaire moyen	9,5	fL	N: 7,5 à 11,2	

Ce document ne doit pas être reproduit, sinon en entier, sans autorisation du laboratoire

Compte-rendu d'examens biologiques de:
M. FALL OUSMANE Né(e) le 10.03.1997
Dossier N° 0120420009 **00** du 11.02.2022 à 11:20
prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE transmis par CEMPN - CEMA

BIOCHIMIE (sang)

				Intervalle de référence	Antécédents
GLYCEMIE		0,75	g/l	N: 0,70 - 1,10	
(Colorimétrie, cobas)	*soit*	*4,16*	mmol/l	N: 3,89 - 6,12	
CREATININE		106	µmol/l	N: 59 - 104	
(Méthode enzymatique, Cobas)	*soit*	*12*	mg/l	N: 7 - 12	

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

DFG origine caucasienne	**86**	ml/min/1.73m²
DFG origine afrique subsaharienne et afro-américaine	**99**	ml/min/1.73m²

Stade	DFG (ml/min/1,73 m²)	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		54	mg/l	N: 34 - 70
(Colorimétrie enzymatique, Cobas)	*soit*	*321,3*	µmol/l	N: 202,3 - 416,5

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

TRIGLYCERIDES		0,91	g/l	N: Inf. à 1,98
(Colorimétrie enzymatique)	*soit*	*1,03*	mmol/l	N: Inf. à 2,26
CHOLESTEROL TOTAL		1,84	g/l	N: 1,00 - 2,20
(Colorimétrie enzymatique, Cobas)	*soit*	*4,76*	mmol/l	N: 2,59 - 5,70
TRANSAMINASE G.O.		35	U/l	N: 10 - 50
(Colorimétrie IFCC, Cobas)				
TRANSAMINASE G.P.		41	U/l	N: 10 - 50
(Colorimétrie IFCC, Cobas)				
G.G.T		32	U/l	N: 8 - 61
(Colorimétrie enzymatique, Cobas)				

Ce document ne doit pas être reproduit, sinon en entier, sans autorisation écrite du laboratoire

Compte-rendu d'examens biologiques de :
M. FALL OUSMANE Né(e) le 10.03.1997
Dossier N° 012042000900 du 11.02.2022 à 11:20 Chambre :
prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE 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

Ce document ne doit pas être reproduit, sinon en entier, sans autorisation écrite du laboratoire

COMMUNAUTE ECONOMIQUE
DES ETATS DE L'AFRIQUE DE L'OUEST
ECONOMIC COMMUNITY OF WEST
AFRICAN STATES

REPUBLIQUE DU SENEGAL
REPUBLIC OF SENEGAL

PASSEPORT
Passport

A 02332890

Ce passeport contient 32 pages
This passport contains 32 pages

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Passeport / *Passport*

Type / *Type*: P
Code du pays / *Country code*: SEN
N° Passeport / *Passport No.*: A02332890

Nom / *Name*: FALL

Prénom / *Given Names*: OUSMANE

Nationalité / *Nationality*: SENEGALAISE

Date de naissance / *Date of birth*: 10 MARS / MAR 1997
N° personnel / *Personal No.*: 1770200600526

Sexe / *Sex*: M
Lieu de naissance / *Place of birth*: THIAROYE SUR MER
Autorité / *Authority*: MINT/DGPN/DPETV

Date de délivrance / *Date of issue*: 31 JAN / JAN 2019
Signature du titulaire / *Holder's signature*

Date d'expiration / *Date of expiry*: 30 JAN / JAN 2024

P<SENFALL<<OUSMANE<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<
A023328907SEN9703108M2401302177820060052 6<46

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DIRECTION GÉNÉRALE
DE L'AVIATION CIVILE

dgac

CIVIL AVIATION ADMINISTRATION - FRANCE

CERTIFICAT MÉDICAL

Medical certificate

CLASSE 1 / 2 / LAPL

CLASS 1 / 2 / LAPL

European Union
medical certificate
Issued in accordance with Part-MED
Complies with ICAO standards
Except for the LAPL medical certificate

A joindre à la licence
Pertaining to a Part-FCL licence

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* **FALL** **OUSMANE**
XIV	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / *Date of birth (DD/MM/YYYY)* **10/03/1997 - THIAROYE SUR MER**
VI	Nationalité / *Nationality* SN (SENEGAL)
VII	Signature du titulaire / *Signature of holder*

MED.A.020 Diminution de l'aptitude médicale

a) Les titulaires de licence n'exercent à aucun moment les privilèges de leur licence et des qualifications ou certificats qui y sont liés s'ils :
1) ont connaissance d'une quelconque diminution de leur aptitude médicale susceptible de les rendre incapables d'exercer ces privilèges en toute sécurité ;
2) prennent ou utilisent des médicaments prescrits ou non prescrits qui sont susceptibles d'influer sur l'exercice en toute sécurité des privilèges de la licence en question ;
3) reçoivent tout traitement médical, chirurgical ou autre susceptible d'influer sur la sécurité des vols.
b) En outre, les titulaires de licence tâchent d'obtenir, sans retard indu, un avis aéromédical :
1) s'ils ont subi une opération chirurgicale ou une procédure invasive ;
2) s'ils ont entamé la prise régulière d'un médicament ;
3) s'ils souffrent de toute blessure importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
4) s'ils souffrent d'une maladie importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
5) en cas de grossesse ;
6) s'ils ont été admis dans un hôpital ou une clinique médicale ;
7) s'ils ont besoin de verres correcteurs pour la première fois.

MED.A.020 Decrease in medical fitness

a) Licence holders shall not exercise the privileges of their licence and related ratings or certificates at any time when they :
1) are aware of any decrease in their medical fitness which might render them unable to safely exercise those privileges ;
2) take or use any prescribed or non-prescribed medication which is likely to interfere with the safe exercise of the privileges of the applicable licence ;
3) receive any medical, surgical or other treatment that is likely to interfere with flight safety.
b) In addition, licence holders shall, without undue delay, seek aero-medical advice when they :
1) have undergone a surgical operation or invasive procedure ;
2) have commenced the regular use of any medication;
3) have suffered any significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew ;
4) have been suffering from any significant illness involving incapacity to function as a member of the flight crew ;
5) are pregnant ;
6) have been admitted to hospital or medical clinic ;
7) first require correcting lenses.

COPIE CERTIFIÉE CONFORME
A L'ORIGINAL
CEMA TB-UE-F.05

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

CENTRE D'EXPERTISE DU PERSONNEL NAVIGANT TLSE-BLAGNAC
CEMPN
BP 60139
Aéroport TLSE
Bât. 5 - Hall B - 3ème étage
31701 BLAGNAC CEDEX
Tél. 05 61 71 01 71
Fax 05 61 71 01 72

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*

Dr. Pierre JOURDAN

XI Cachet / *Stamp*

Dr P. JOURDAN
Médecin chef
Fra - AeMC - 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