RÉPUBLIQUE FRANÇAISE — dgac — DSAC

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

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

(1) Pays de délivrance de licence : FRANCE	(13) N° référence:	
	(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ■ Classe 2 ■ LAPL ■ PNC/CCA □	
(3) Nom : BA	(4) Nom de naissance BA	(12) Genre sollicité ■ initial □ renouvellement/prorogation
(5) Prénom(s) : SERIGNE CHEIKH	(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 19/02/1993 — (7) Sexe : Masculin ■ Féminin □	(14) Type de licence désirée : ATPL
		(15) Profession (principale) : ETUDIANT
(8) Lieu et pays de naissance : MBACKE/SENEGAL	(9) Nationalité : SENEGALAISE	(16) Employeur : AIR SENEGAL
(10) Adresse permanente : MEDINA RUE 6 × 9 Pays : SENEGAL N° de téléphone : 768804933/77769911[illegible] Courriel : SCHEIKH30@GMAIL.COM	(11) Adresse postale : (si différente) Pays : N° de téléphone :	(17) Dernier examen médical : Date : Lieu :
		(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 : 00

(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 00

(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) :

(25) Type de vol envisagé :

(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 :**

(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 AMF ainsi qu'aux professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une évaluation [illegible]. 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) [illegible] ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA MED 150 [illegible]

Date :	Signature du demandeur :	Signature du médecin :
18/04/2022	[signature]	Dr. P. CORREA Medecin CEMA Toulouse [signature]

BA
SERIGNE CHEIKH
Né(e) le : 19/02/1993 30314
SENEGAL

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
dgac DSAC

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

au formulaire pour demande de certificat médical)
'AGE 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
☑ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	188 cm	77 kg (21,8)	Noir	Noir	140	90	65	☑ régulier ☐ irrégulier

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

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

Cadet Air Senegal Etudiant Pilote 29 ans. Français. Célib. 0 enfants.
Tabac = 0
Alcool = 0
Ill = 0
Sport = OK.
toxiques (−)

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 ☑ Non ☐	Oui ☑ Non ☐

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

(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine
VEMS/CV 110 % Normal ☑ Anormal ☐	Peak Flow (l/min) Normal ☐ Anormal ☐	14,3 (g/dl) Normal ☑ Anormal ☐

(235) Analyse d'urine Normale ☑ Anormale ☐

Glucose 0	Protéines 0	Sang 0	Autres

Rapports annexés	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	☐	20-04-22	☑	☐
(239) Audiogramme	☐	20-04-22	☑	☐
(240) Examen Ophtalmologique	☐	20-04-22	☑	☐
(241) Examen ORL	☐	20-04-22	☑	☐
(242) Lipides sanguins	☐	20-04-22	☑	☐
(243) Fonction respiratoire	☐	20-04-22	☑	☐
(320) Tonométrie G : 12 D : 12 mmHg	☐	20-04-22	☑	☐
(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 Médecin CEMA Toulouse
Signature :

(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	CLASSE 2	LAPL	PNC/CCA
	☑	☑	☑	☐

(248) **Commentaires, limitations :**

Apte classe 1 → 20/04/2023

(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 : 20/04/2022 et lieu: Toulouse	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: Dr Jy. LAFAILLE Médecin chef Fra - AeMC - 05

Direction Générale de l'Aviation Civile

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

dgac
DSAC

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) Nom usuel: BA SERIGNE CHEIKH Né(e) le : 19/02/1993 30314	(4) Nom de naissance:		(12) Genre sollicité: ☒ Initial ☐ Renouvellement/prorogation
(5) Prénom: SENEGAL	(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: 20-04-2022 Signature du demandeur:

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

Dr Françoise CLERGUÉ Ophtalmologiste N° 311057186 CEMA TB – 05

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

(303) Antécédents ophtalmologiques:

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'œil (ophtalmoscopie)	☒	☐
(310) Convergence 6 cm	☒	☐
(311) Accommodation D	☐	☐

(312) Équilibre oculomoteur (en dioptries prismatique)

À la distance de 5/6 mètres		De près à 30-50 cm	
Ortho	0 AD	Ortho	0 AD
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 TNO : 60" complet

Planches pseudo-isochromatiques — Type: ISHIHARA (24 planches)
nombre de planches présentées: 24 — 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	10/10	Corrigé à	/10	/10
Œil gauche	10/10	Corrigé à	/10	/10
Vision Binoculaire	10/10	Corrigé à	/10	/10

(316) Vision de près (à 30-50 cm)

	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

(317) Réfraction

	Sph	Cylindrique	Axe	Addition
Œil droit	+0,50	-0,50	50	
Œil gauche	+0,50	-0,50	130	

Prescription optique basée sur la réfraction objective:

(318) Lunettes
☐ Oui ☒ Non
Type:

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

(320) Tension intra-oculaire

Droit 12 mmHg — Gauche 13 mmHg

Méthode: à air

☒ 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: 20.4.22	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	Email: Telephone No: Fax No:	Proposition d'aptitude du médecin ophtalmologiste ☒ Apte ☐ Inapte

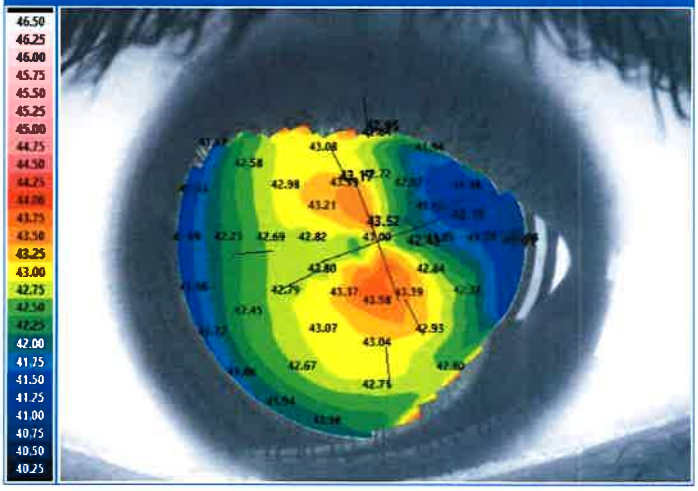
CA-800

CEM-CEMPN BLAGNAC

Information Patient			
Patient	ba serigne	Sexe	M
Patient ID	30314	Date d'Examen	20/04/2022 08:19:57
Date de Naissance	19/02/1993		

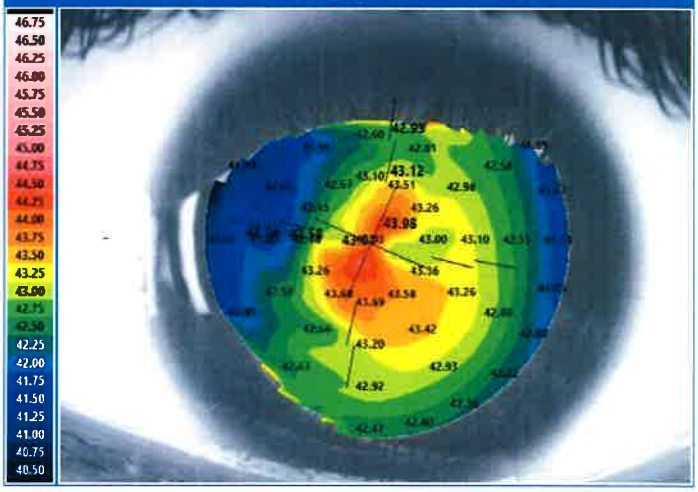
MAPPE

OD



D — Normalisée - Axiale

OS



D — Normalisée - Axiale

Méridiens

3 mm	5 mm	7 mm
42.43 @ 20°	42.15 @ 26°	41.91 @ 5°
43.52 @ 110°	43.17 @ 116°	42.95 @ 95°
-1.09D ax20°	-1.01D ax26°	-1.03D ax5°

3 mm	5 mm	7 mm
43.01 @ 156°	42.58 @ 167°	42.24 @ 171°
43.98 @ 66°	43.12 @ 77°	42.93 @ 81°
-0.97D ax156°	-0.54D ax167°	-0.70D ax171°

Données Cornée

Décentrage Cornée	X= -0.34 mm	Y= -0.16 mm
Diamètre	12.04 mm	
Décentrage Pupille	N.C.	N.C.
Diamètre Pupille Moyen	N.C.	
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 42.88 D / 3mm: 42.99 D	

Décentrage Cornée	X= 0.56 mm	Y= -0.18 mm
Diamètre	11.70 mm	
Décentrage Pupille	N.C.	N.C.
Diamètre Pupille Moyen	N.C.	
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 43.39 D / 3mm: 43.61 D	

Détection du Kératocone

AK	AGC	SI	Kpi
44.07 D	1.07 D/mm	0.23 D	0%

Topographie non compatible avec un kératocône

A	D	Ro - Teta	Rnd

AK	AGC	SI	Kpi
43.83 D	0.82 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 = 0.59 D	SAI = 0.54 D	e = 0.52	42.98 D

SD	SAI	Asph.	Kc
SD = 0.67 D	SAI = 0.38 D	e = 0.67	43.84 D

Annotations

Patient: **ba, serigne**

Date de naissance: **19/02/1993**

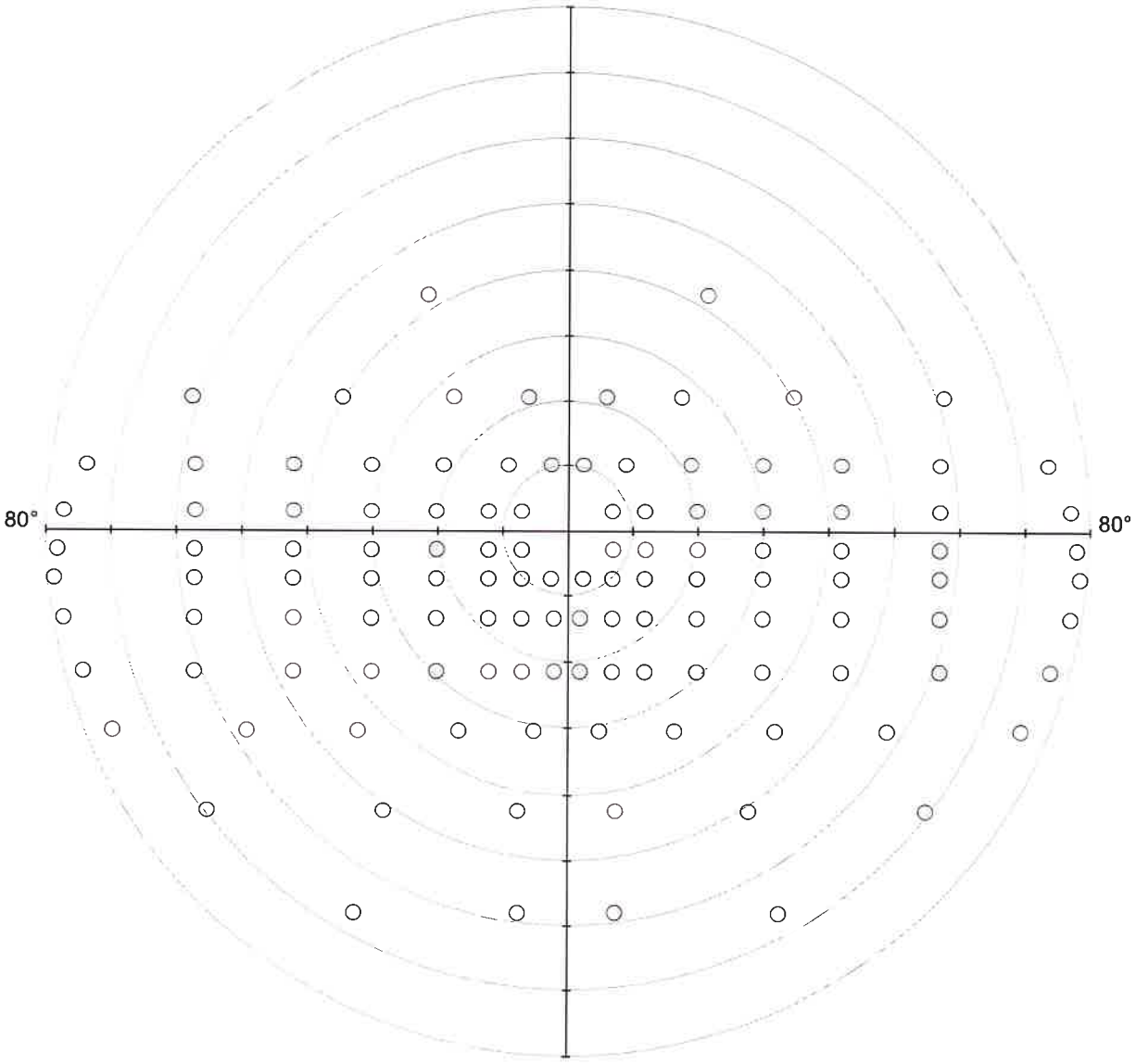
Sexe: **masculin**

Identifiant du patient: **30314**

Haag-Streit Diagnostics AG

OU Valeur supraliminaire HFA ET - Esterman

Contrôle de fixation:	Arrêt	Stimulus:	B/B, III, Blanc	Date:	20/04/2022
Cible de fixation:	Croix	Fond:	31.4 asb	Heure:	08:07
Pertes de fixation:	n/a	Stratégie:	1LT-ET	Âge:	29
Erreurs faux POS:	0/5	Diamètre de la pupille:	Non mesuré		
Erreurs faux NÉG:	0/5	Acuité visuelle:			
Durée du test:	03:25	Rx:			



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

Commentaires

Signature

Direction Générale de l'Aviation Civile

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

dgac
DSAC

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 certifical médical demandée: ☑ 1 ☐ 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA		
(3) Nom BA SERIGNE CHEIKH Né(e) le : 19/02/1993 30314 (5) Prén SENEGAL	(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 mo-même ou mon médecin puisse y avoir accès selon le droit national. Le secret médical sera respecté à tout moment

Date: 20-04-2022

Signature du demandeur:

Signature du médecin examinateur (lisible):

Dr. P. CORREA
Medecin
CEMA Toulouse

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

(403) Antécédents ORL:

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)

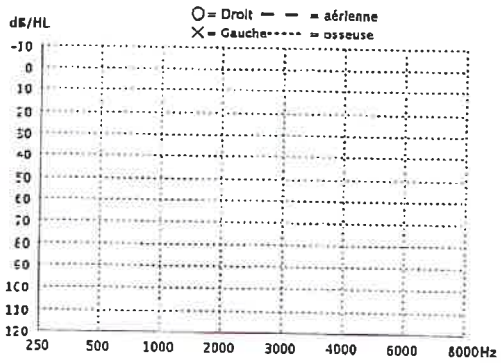
	Non effectué	Normal	Anormal
(414) Audiométrie vocale	☐	☑	☐
(415) Rhinoscopie postérieure	☐	☐	☐
(416) ENG; nyslagmus spontané et positionnel	☐	☐	☐
(417) Épreuve calorique différentielle - Épreuve vestibulaire rotatoire	☐	☐	☐
(418) Laryngoscopie directe ou indirecte	☐	☐	☐

(419) Audiométrie tonale

db HL (seuil d'audition)

	Conduction aérienne		Conduction osseuse	
Hz	Oreille droite	Oreille gauche	Oreille droite	Oreille gauche
250	5	10		
500	0	10		
1000	0	5		
2000	5	0		
3000	20	15		
4000	10	15		
6000	5	5		
8000	0	0		

(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: 20-04-2022	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

Madsen Electronics

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

AemC U.E.F.05
CEMP

Opérateur: BA

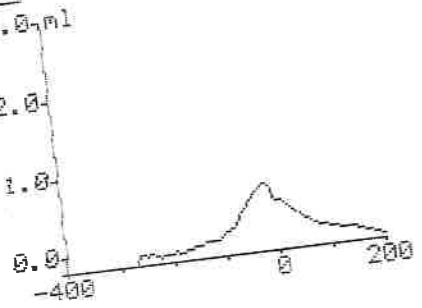
Patient: SERIGNE CHEIKH 30314
Né(e) le : 19/02/1993
SENEGAL

N du Patient: 9

Date: 20-Avr-2022 Heure 10:21

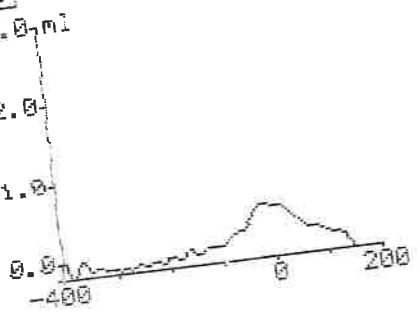
Tymp.: FTE-I Gauche

VCA1:	1.22 ml
VCA2:	---- ml
POM1:	-20 daP
POM2:	---- daP
POMd:	---- daP
Vitesse	400 dP/S
Dir.:	Nég.



Tymp.: FTE-I Droite

VCA1:	1.24 ml
VCA2:	---- ml
POM1:	-20 daP
POM2:	---- daP
POMd:	---- daP
Vitesse	400 dP/S
Dir.:	Nég.



Fiche intercalaire d'examen de la santé mentale des candidats à l'admission CL1 en AeMC - SECRET MEDICAL

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
dgac DSAC

BA
SERIGNE CHEIKH
Né(e) le : 19/02/1993 **30314**
SENEGAL

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:

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 ? 22

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 ? :
Passion après documentation à tête ≈ 3-4 ans, 1ᵉʳ essai.

expérience aéronautique (heures de vol) ?

autre / commentaires :

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 et signature du médecin examinateur

Nom :
date: 20-01-2022
Signature :

Dr. B. CORREA
Medecin
CEMA Toulouse

Rapport ECG 12 dérv

Masculin

ID patient:9

Département :

ambul.ID :

N° de salle :

FC	:	65bpm
P	:	91ms
FP	:	145ms
QRS	:	95ms
QT/QTc	:	393/409ms
P/QRS/T	:	62/51/49deg.
RV5/SV1	:	2.275/1.655mV

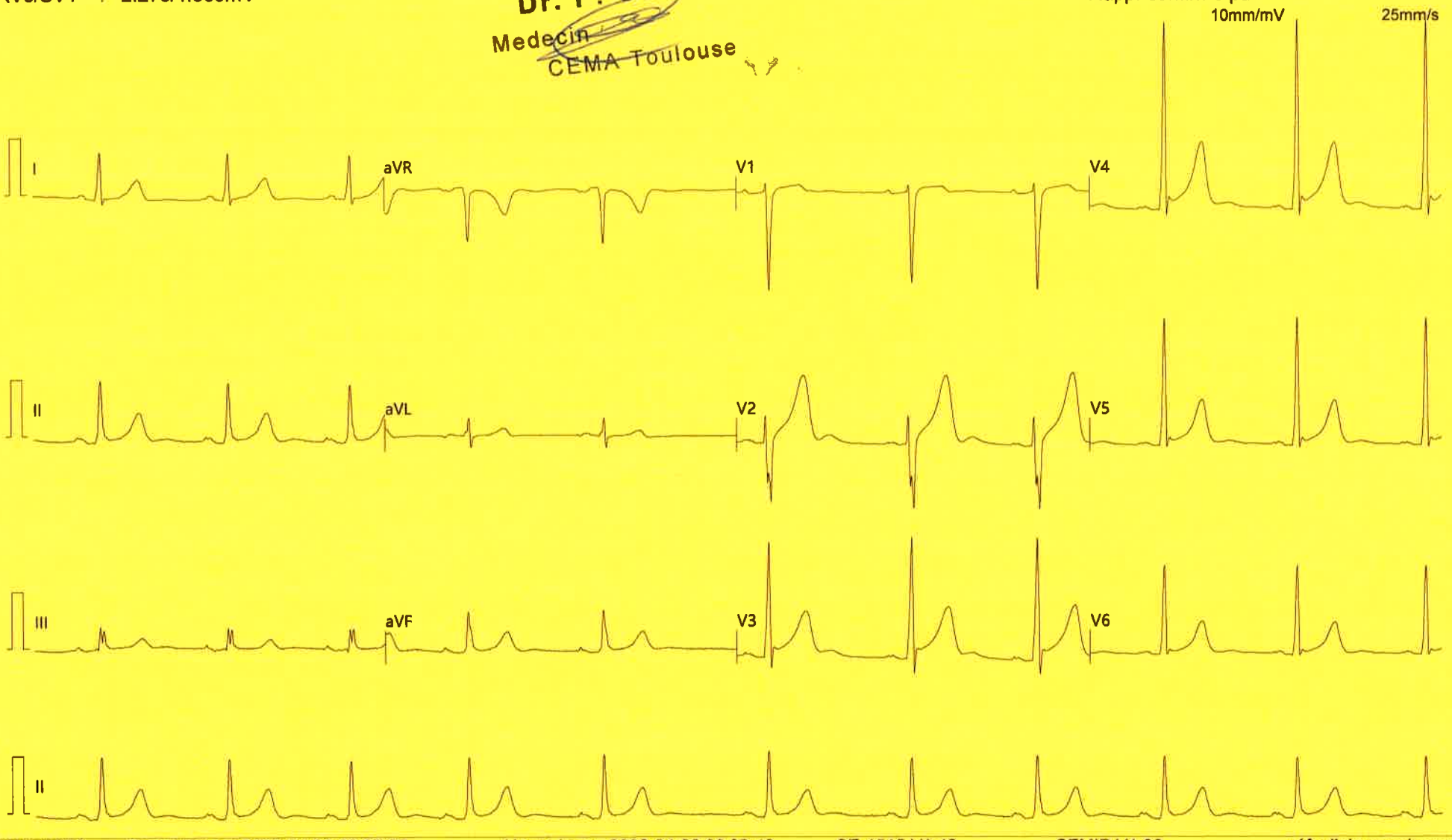
Nom infos diagn.:

Arythmie de sinus

BA
SERIGNE CHEIKH
Né(e) le : 19/02/1993 30314
SENEGAL

Dr. P. CORREA
Medecin
CEMA Toulouse

Rapp. confirmé par:



0.67-100Hz AC50 Exam. Durée :2022-04-20 08:27:27 Heure impr. :2022-04-20 09:02:42 SE-1515 V1.42 SEMIP V1.90 *pr réf. clinique uniquement*

LABORATOIRE DES CEDRES

Membre du Groupe INOVIE

Elodie CARRER · Caroline DEVAUX · Yaële DAHAN · Catherine ARMENGOL · Bénédicte NOLEL · 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. BA SERIGNE CHEIKH**
Né(e) le 19.02.1993

Dossier N° 0121100010 - 00 reçu le 19.04.2022 à 13:30
Prélevé le 20.04.2022 à 08:00
Edité le 20.04.2022 à 09:59

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	5,8	G/L	N: 4,0 à 11,0	
Globules Rouges	• 4,55	T/L	N: 4,60 à 6,20	
Hémoglobine	14,3	g/dL	N: 13,0 à 18,0	
Hématocrite	42,4	%	N: 37,0 à 50,0	
Volume Globulaire Moyen	93,1	fL	N: 79,0 à 97,0	
Taux Globulaire Moyen en Hb	31,4	pg	N: 27,0 à 32,0	
Conc Glob Moyenne en Hb	33,8	g/dL	N: 31,0 à 36,0	
Indice distribution GR	• 12,2	%	N: 12,3 à 17,0	
FORMULE LEUCOCYTAIRE				
(DXH-800, Cytométrie de flux)				
POLYNUCLEAIRES				
Neutrophiles 34,3 % soit	1,99	G/L	N: 1,50 à 7,50	
Eosinophiles 4,1 % soit	0,24	G/L	N: 0,00 à 0,60	
Basophiles 0,7 % soit	0,04	G/L	N: 0,00 à 0,20	
LYMPHOCYTES 52,0 % soit	3,02	G/L	N: 1,10 à 4,40	
MONOCYTES 8,9 % soit	0,52	G/L	N: 0,20 à 0,80	
PLAQUETTES	336,0	G/L	N: 150,0 à 400,0	
(Principe Coulter, Beckman DXH-800)				
Volume plaquettaire moyen	7,8	fL	N: 7,5 à 11,2	

Compte-rendu d'examens biologiques de:
M. BA SERIGNE CHEIKH Né(e) le 19.02.1993
Dossier N° 0121100010 **00** du 20.04.2022 à 13:30
prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE transmis par CEMPN - CEMA

BIOCHIMIE (sang)

				Intervalle de référence	Antécédents
GLYCEMIE		0,84	g/l	N: 0,70 - 1,10	
(Colorimétrie, cobas)	*soit*	*4,66*	mmol/l	N: 3,89 - 6,12	
CREATININE		93	µmol/l	N: 59 - 104	
(Méthode enzymatique, Cobas)	*soit*	*11*	mg/l	N: 7 - 12	

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

DFG origine caucasienne **95** ml/min/1,73m²
DFG origine afrique subsaharienne et afro-américaine **110** 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		0,69	g/l	N: Inf. à 1,98	
(Colorimétrie enzymatique)	*soit*	*0,78*	mmol/l	N: Inf. à 2,26	
CHOLESTEROL TOTAL		1,77	g/l	N: 1,00 - 2,20	
(Colorimétrie enzymatique, Cobas)	*soit*	*4,58*	mmol/l	N: 2,59 - 5,70	
TRANSAMINASE G.O.		21	U/l	N: 10 - 50	
(Colorimétrie IFCC, Cobas)					
TRANSAMINASE G.P.		14	U/l	N: 10 - 50	
(Colorimétrie IFCC, Cobas)					
G.G.T		13	U/l	N: 8 - 61	
(Colorimétrie enzymatique, Cobas)					

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

ACCREDITATION DU LABORATOIRE

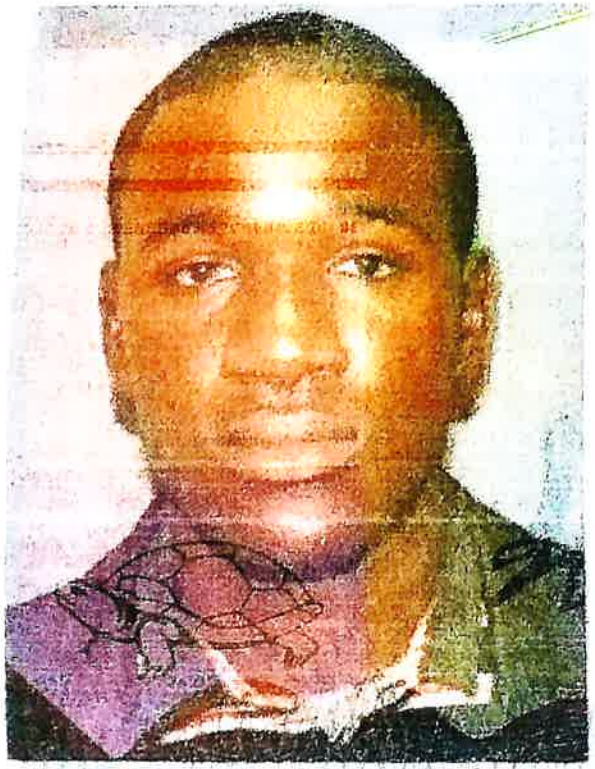
"Le laboratoire des Cèdres est accrédité, selon les exigences de la norme NF EN ISO 15189, pour tous les examens de Biologie médicale (telles que définies dans le Code de santé publique) réalisés et indiqués dans le présent Compte-rendu. Accréditation Cofrac examens Médicaux, n°8-1625, liste des sites 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 **
Caroline DEVAUX
Biologiste médical

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

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Passeport / *Passport*



Type / *Type*
P

Code du pays / *Country code*
SEN

N° Passeport / *Passport No.*
A03014129

Nom / *Name*
BA

Prénom / *Given Names*
SERIGNE CHEIKH

Nationalité / *Nationality*
SENEGALAISE

Date de naissance / *Date of birth*
19 FEV / FEB 1993

N° personnel / *Personal No.*
1225199300137

Sexe / *Sex*
M

Lieu de naissance / *Place of birth*
MBACKE

Autorité / *Authority*
MINT/DGPN/DPETV

Date de délivrance / *Date of issue*
24 JAN / JAN 2022

Signature du titulaire / *Holder's signature*

Date d'expiration / *Date of expiry*
23 JAN / JAN 2027

P<SENBA<<SERIGNE<CHEIKH<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<

A03014129 2SEN9302198M2701231122519930 0137<94

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'AVIATION CIVILE
CIVIL AVIATION ADMINISTRATION - FRANCE

dgac

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* **BA SERIGNE CHEIKH**
XIV	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / *Date of birth (DD/MM/YYYY)* **19/02/1993 - MBACKE**
VI	Nationalité / *Nationality* SN (SENEGAL)
VII	Signature du titulaire / *Signature of holder*

II Certificat médical de Classe 1
Class 1 medical certificate

IX	Date d'expiration du certificat médical pour (JJ/MM/AAAA) / *Expiry date of this certificate for (DD/MM/YYYY)*
	Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / *Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers* **20 / 04 / 2023**
	Classe 1, autres exploitations commerciales / *Class 1 other commercial operations* **20 / 04 / 2023**
	Classe 2 / *Class 2* **20 / 04 / 2027**
	LAPL / *LAPL* **20 / 04 / 2027**

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.

	XIII Limitations / *Limitations* Code - Description / *Code - Description*
X	Date de délivrance / *Date of issue* **20 / 04 / 2022**
	Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / *Signature of issuing AME or medical assessor*
XI	Cachet / *Stamp* **Dr. Jean-Yves LAFAILLE** Dr Jy. LAFAILLE Médecin chef Fra - AeMC - 05

	Date de l'examen médical / *Date of medical examination* **20 / 04 / 2022**
	Date du dernier électrocardiogramme / *Date of last electrocardiogram* **20/04/2022**
	Date du dernier audiogramme / *Date of last audiogram* **20/04/2022**