

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence : Portugal		(13) N° référence:	
(3) Nom : CAPOASI		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☒ Classe 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA ☐	
(5) Prénom(s) : OR		(4) Nom de naissance	
(8) Lieu et pays de naissance : ISRAEL		(12) Genre sollicité ☐ initial ☒ renouvellement/prorogation	
(10) Adresse permanente : Yaff /virage		(7) Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐	
(11) Adresse postale : (si différente)		(14) Type de licence désirée :	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéro de licence Pays de délivrance PT. 16678 Portugal		(15) Profession (principale) :	
(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 :		(16) Employeur :	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu :		(17) Dernier examen médical : Date : 28/04/2024 Lieu : Portugal	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non ☒ Oui ☐ consommation journalière unités		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ☒ Oui ☐ détails :	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais ☒ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt : Oui ☐ type et quantité :		(21) Nombre total d'heures de vol : 246.6	
		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 73.7	
		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : PA-28	
		(25) Type de vol envisagé :	
		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☒ Multipilote ☐	
		(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non ☒ Oui ☐ Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi :	

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

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

Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
☐	☒	☐	☒	☐	☒	Antécédents familiaux	
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : **GADASI** Prénoms : **OR** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **05/04/1986**
Lieu de naissance : **05/04/1986**

(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 183 cm	(203) Poids 77 kg	(204) Yeux couleur Ambré	(205) Cheveux couleur Blond	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 109 Diastolique 71	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 70 Rythme ☒ régulier ☐ irrégulier
--	-------------------------------	-----------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	--	--

Examen clinique : Cochez chaque item

	normal	anormal		normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	☒	☐	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	☒	☐
(209) Cavité 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
Candidate To - ATP, professionnel Licence; motivation av. 39 years old. single child. Tabac = 0 Alcohol = occ' HT = 0 Sport = av

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

Oeil droit sans correction	10	Corrigée à	
Oeil gauche sans correction	10	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à	

(230) Vision Intermédiaire sans correction avec correction
N14 lu à 100cm

Oeil droit	☒	☐	Oeil gauche	☒	☐
Vision binoculaire	☒	☐		☒	☐

(231) de près sans correction avec correction
N5 lu à 30 - 50cm

Oeil droit	☒	☐	Oeil gauche	☒	☐
Vision binoculaire	☒	☐		☒	☐

(232) Lunettes (233) Lentilles de contact

Oui ☐ Non ☒	Oui ☐ Non ☐
Type : Réfraction Sph	Type : Cylindre Axe
Oeil droit	Ajouter
Oeil gauche	

(313) Perception des couleurs Normale ☒ Anormale ☐
Tables pseudo-isochromatiques Type I S H I H A R A
Nombre de tables présentées **20** Nombre d'erreurs **2**

(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'examineur	
Oui ☒ Non ☐	Oui ☒ Non ☐

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

VEEMS/CV	%	Peak Flow	(l/min)	14,3 (g/dl)
Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☒ Anormal ☐	

(248) Commentaires, limitations :

(235) Analyse d'urine Normale ☒ Anormale ☐

Glucose ☐ Protéines ☐ Sang ☐ Autres ☐

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	☐	25-02-2027	☒	☐
(239) Audiogramme	☐	25-02-2027	☒	☐
(240) Examen Ophtalmologique	☐		☐	☐
(241) Examen ORL	☐		☐	☐
(242) Lipides sanguins	☐		☐	☐
(243) Fonction respiratoire	☐		☐	☐
(320) Tonométrie G : D : mmHg	☐		☐	☐
(244) Divers (Sujet?) :	☐		☐	☐

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

Avis : **Fil** Nom : **Dr Patrick CORREA**
Signature : **3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL**

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

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

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

Champ d'application du certificat	CLASSE 1	CLASSE 2	LAPL	PNC/CCA
	☒	☒	☒	☐

(249) Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

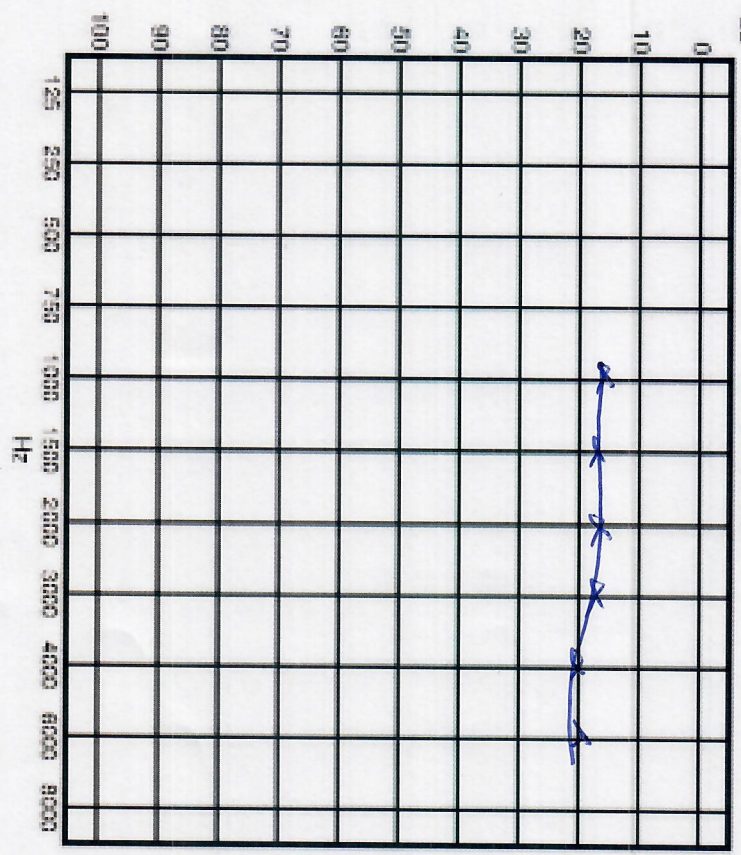
Je soussigné certifie que j'ai personnellement examiné (ou que mon groupe de médecins-conseils agréés a examiné) le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent nos constatations d'une manière complète.

(250) date : et lieu : 25-02-2027	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : Fax : Dr Patrick CORREA Telephone : 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL E-mail :	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : Numéro d'AME : Dr Patrick CORREA Médecin Aeronautique SN MED 004 DGAC N° 3857 - FAA 0038 Réf Rapport examen médical 03.09.2019
---	--	---

AUDIOGRAMME

Date : 25-02-26
Nom : GAMSI
Prénom : OR
Date de Naissance : 05-04-1986

O. DROITE



O. GAUCHE

