

# FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

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

(1) Pays de délivrance de licence :		(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 : <b>FALL</b>		(4) Nom de naissance <b>FALL</b>	
(5) Prénom(s) : <b>OUSMANE</b>		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) <b>02/11/2004</b>	
(8) Lieu et pays de naissance : <b>DAKAR 02/11/2004</b>		(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	
(10) Adresse permanente : <b>107 Namollo résidence</b> Pays : <b>SENEGAL</b> N° de téléphone : <b>77.101.63.98</b> Courriel : <b>FOUSHANE 737@yahoocom</b>		(9) Nationalité : <b>SENEGALAISE</b>	
(11) Adresse postale : (si différente) <b>75014 33 rue pernety</b> Pays : <b>France</b> N° de téléphone : <b>+33 07 83261613</b>		(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation	
(14) Type de licence désirée : <b>CPL</b>		(15) Profession (principale) : <b>ETUDIANT</b>	
(16) Employeur :		(17) Dernier examen médical : Date : <b>07/10/2024</b> Lieu : <b>DAKAR</b>	
(18) Licence(s) de vol possédée(s)		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :	
types	Numéro de licence	Pays de délivrance	
(20) Est ce qu'une autorité aéronautique a refusé de vous délivrer un certificat médical, prononcé une décision de retrait ou de suspension de celui-ci ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu: Détails :		(21) Nombre total d'heures de vol : <b>180</b>	
(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 :		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : <b>120</b>	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : <b>SEPIMEP</b>	
(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 :		(25) Type de vol envisagé : <b>INSTRUCTION</b>	
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
(101) Maladie ou opération oculaire		(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact		(113) Traumatismes crâniens ou commotions	
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen		(114) Maux de tête fréquents ou graves	
(104) Allergie ou rhume des foins		(115) Accès de vertige/évanouissement	
(105) Asthme ou maladie pulmonaire		(116) Perte de conscience quel que soit le motif	
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux		(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	
(107) Tension artérielle élevée ou basse		(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines		(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	
(109) Diabète ou désordre hormonal		(120) Tentative de suicide ou automutilation	
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins		(121) Mal des transports nécessitant médication	
(111) Surdité ou maladie des oreilles		(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	
(123) Paludisme, autre maladie tropicale		(124) Test VIH positif	
(125) Maladie sexuellement transmissible		(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	
(127) Maladie musculaire ou squelettique		(128) Toute autre maladie ou blessure	
(129) Hospitalisation		(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	
(131) Assurance vie refusée pour motif médical		(132) Refus de licence de vol pour motif médical	
(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical		(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	
Antécédents familiaux			
(170) Affection cardiaque			
(171) Hypertension artérielle			
(172) Taux élevé de cholestérol			
(173) Epilepsie			
(174) Maladie mentale/suicide			
(175) Diabète			
(176) Tuberculose			
(177) Allergie/asthme/eczéma			
(178) Maladie héréditaire			
(179) Glaucome			
A remplir uniquement pour les femmes			
(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation			
(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 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 puise y avoir accès conformément à la législation nationale. Le secret médical sera respecté à tout moment. NOTIFICATION DE DIVULGATION DE DONNÉES 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 Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date : **17/10/2025**

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

**Dr Patrice CORREA**  
Médecin Aéronautique  
SN-MED-004  
DOUAU 3337 - PAU-00773

# RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : <b>FALL</b>		Prénoms : <b>OUSTANE</b>		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): <b>07/11/2004</b>					
(201) Catégorie d'examen		(202) Taille	(203) Poids	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
<input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial		<b>1.86</b> cm	<b>65</b> kg	<b>brun</b>	<b>brun</b>	Systolique <b>105</b>	Diastolique <b>76</b>	Pulsations (bpm) <b>61</b>	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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

*E.B. professionnel. Ecole Aéronautique Niamey. ATP1. Coeur Cœurs sœufs. Tabac = o. A-c = o. Sport = 2x1km. IT = o.*

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

Œil droit sans correction	<b>10</b>	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	<b>10</b>	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	<b>10</b>	Corrigée à	

(230) **Vision Intermédiaire** sans correction avec correction  
 N14 lu à 100cm  
 Oui Non Oui Non  
 Œil droit   Œil gauche    
 Vision binoculaire

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

(232) **Lunettes** (233) **Lentilles de contact**  
 Oui  Non  Oui  Non   
 Type : Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter  
 Œil droit   Œil gauche

(313) **Perception des couleurs** Normale  Anormale   
 Tables pseudo-isochromatiques **92** Type I SHIHARA **0**  
 Nombre de tables présentées **92** Nombre d'erreurs **0**

(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  Oui   
 Non  Non

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

(236) **Fonction respiratoire** (237) **Hémoglobine**  
 VEMS/CV % Peak Flow (l/min) **12,5** (g/dl)  
 Normal  Anormal  Normal  Anormal  Normal  Anormal

(248) **Commentaires, limitations :**

*Appté classe 1 → 04-10-2026*

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

Je soussigne 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 : <b>17-08-2025</b>	et lieu:	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé: <i>Dr. Patrick CORREA 5, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL</i>	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature: <i>Dr. Patrick CORREA Médecin Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 FAA-00773</i>
Fax: <b>Telephone:</b>		E-mail: <b>Numéro d'AME:</b>	

FRANCE  
Numéro de certificat / Certificate number

/ Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder	<b>Julien F. BELL</b>
IV Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)	<b>02-12-2004</b>
I Nationalité / Nationality	<b>Sénégalaise</b>
II 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	<b>04-10-2016</b>
Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations	<b>04-10-2016</b>
Classe 2 / Class 2	<b>17-09-2020</b>
LAPL / LAPL	<b>17-09-2020</b>

**XIII Limitations / Limitations  
Code - Description / Code - Description**

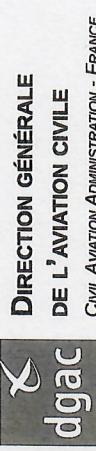
X Date de délivrance / Date of issue	<b>17.09.2016</b>
Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor	
XI Cachet / Stamp	

Date de l'examen médical / Date of medical examination

**17-09-2025**

Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram	<b>17-09-2025</b>
Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram	<b>14-10-2014</b>

**RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**



**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

**MED.A.020 Diminution de l'aptitude médicale**

- a) Les titulaires de licence n'exercent à aucun moment les priviléges 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 priviléges 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 priviléges 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 indû, 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.
- 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 a hospital or medical clinic ;
  - 7) first require correcting lenses.