

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 : FALL	(4) Nom de naissance FALL	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation
(5) Prénom(s) : OUSMANE	(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 02/12/2004	(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
(8) Lieu et pays de naissance : DAKAR 02/12/2004	(9) Nationalité : SENEGALAISE	(14) Type de licence désirée : EPL
(10) Adresse permanente : 107 Namollo residence	(11) Adresse postale (si différente) 35014 33 rue pernety	(15) Profession (principale) : ETUDIANT
Pays : SENEGAL	Pays : France	(16) Employeur :
N° de téléphone : 77 101 43 98	N° de téléphone : +33 07 8326 16 13	(17) Dernier examen médical : Date : 07/10/2024 Lieu : DAKAR
Courriel : FOUSMANE 737@guysaso.com	(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéro de licence Pays de délivrance	(21) Nombre total d'heures de vol : 180	(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 120
(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 :	(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : SEP / MEA	
Détails :	(25) Type de vol envisagé : INSTRUCTION	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :	(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input checked="" type="checkbox"/>	
Détails :	(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi :	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		
(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 :		

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

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

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

(30) Remarques :

(31) Déclaration : Je soussigné(e), déclare avoir répondu de façon s c re 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 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 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  tats membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date : 17/09/2025

Signature du demandeur :

FALL

Signature du médecin examinateur :

Dr Patrick PORREA
Médecin Aéronautique
SN-MED-004
DSAC N 3097 - PAA-00773

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : FALL		Prénoms : OUSTANE		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 02/12/2004		Lieu de naissance : DAKAR	
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 186 cm	(203) Poids 65 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 105 Diastolique 76	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 61 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"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympons, compliance tympanique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<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"/>
(213) Yeux - pupilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input type="checkbox"/>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
EB. professeur. Ecole Armand Ndiaye. ATPL. Cœur Cerveau. Tabac=0. Alcool=0. Sport=2x/semaine. HT=0.

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

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

(230) **Vision Intermédiaire** sans correction avec correction

N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(231) **de près** sans correction avec correction

N5 lu à 30 - 50cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(232) **Lunettes** Oui ☐ Non ☒ Type : Réfraction Sph
 (233) **Lentilles de contact** Oui ☐ Non ☐ Type : Type : Réfraction Sph
 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 **20** 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'examineur	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
--	---	------------------------------	---	------------------------------

Audiométrie éventuelle


Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) **Fonction respiratoire** VEMS/CV % Peak Flow (l/min)
 Normal ☐ Anormal ☐ Normal ☐ Anormal ☐
 (237) **Hémoglobine** **18,5** (g/dl)
 Normal ☒ Anormal ☐



(248) **Commentaires, limitations :**
Apte classe 1 → 04-10-2026

(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 : 17-05-2025	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : Dr Patrick CORREA, 3, Av. des Ambassadeurs, DAKAR SENEGAL	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : Dr Patrick CORREA, Médecin Aéronautique, SN-MED-004, DGAC N°3857 - FAA-00773
et lieu :	Telephone :	E-mail :
		Numéro d'AME :

Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence	
FRANCE	
I	Numéro de certificat / Certificate number
/ Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder	
Dusmane F.22	
IV	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)
02-12-2004	
I	Nationalité / Nationality
Sénégalaise	
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	
04-10-2026	
Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations	
04-10-2026	
Classe 2 / Class 2	
17-09-2030	
LAPL / LAPL	
17-09-2030	

XIII Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description	
X Date de délivrance / Date of issue	
17-09-2026	
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	17-09-2025
Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram	04-10-2024

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.

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.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE DIRECTION GÉNÉRALE DE L'AVIATION CIVILE 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
--	---	---	---	--	--