

# 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>DJITÉ</b>		(4) Nom de naissance		(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation
		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	(14) Type de licence désirée :
		05/01/1989		(15) Profession ( principale) : <b>Pilote Hélicoptère</b>
(8) Lieu et pays de naissance : <b>THIES, SENE GAL</b>		(9) Nationalité : <b>SENÉGAL TISE</b>		(16) Employeur : <b>ARMEE DE L'AIR SENEGAL</b>
		(11) Adresse postale : (si différente)		(17) Dernier examen médical : Date : <b>07-06-2023</b> Lieu : <b>CP EMPN PERCY PARIS</b>
		Pays :	N° de téléphone :	(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	
		<b>FRA-FCLM (H00314834)</b>	<b>France</b>	
(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 :		
(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 :		
(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 type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt : Oui <input checked="" type="checkbox"/> type et quantité : <b>Marlboro Light (10 x 15/5)</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	Oui	Non	Oui	Non
(101) Maladie ou opération oculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	<input 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"/>	(113) Traumatismes crânien ou commotion	<input type="checkbox"/>	(124) Test VIH positif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(170) Affection cardiaque
	<input checked="" type="checkbox"/>	(114) Maux de tête fréquents ou graves	<input type="checkbox"/>	(125) Maladie sexuellement transmissible	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(171) Hypertension artérielle
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	<input type="checkbox"/>	(115) Accès de vertige/évanouissement	<input type="checkbox"/>	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(172) Taux élevé de cholestérol
(104) Allergie ou rhume des fous	<input type="checkbox"/>	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	<input type="checkbox"/>	(127) Maladie musculaire ou squelettique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(173) Epilepsie
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	(117) Affection neurologique : AVC, epilepsie, convulsions, paralysie, etc...	<input type="checkbox"/>	(128) Toute autre maladie ou blessure	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(174) Maladie mentale/suicide
	<input checked="" type="checkbox"/>	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	<input type="checkbox"/>	(129) Hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(175) Diabète
(107) Tension artérielle élevée ou basse	<input type="checkbox"/>	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	<input type="checkbox"/>	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(176) Tuberculose
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	<input type="checkbox"/>	(120) Tentative de suicide ou automutilation	<input type="checkbox"/>	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(177) Allergie/asthme/eczéma
(109) Diabète ou désordre hormonal	<input type="checkbox"/>	(121) Mal des transports nécessitant médication	<input type="checkbox"/>	(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(178) Maladie héréditaire
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	<input type="checkbox"/>	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	<input type="checkbox"/>	(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(179) Glaucome
(111) Surdité ou maladie des oreilles	<input type="checkbox"/>						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 refuser 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 mises 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 : **03/09/2025**

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

**RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL**  
(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)  
POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : <b>DJITE</b>		Prénoms : <b>IBRAHIMA</b>		Date de naissance (JJ/MM/AAAA):	
				Lieu de naissance : <b>05 - 01 - 1989 THIES</b>	
(201) Catégorie d'examen	(202) Taille	(203) Poids	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg
<input type="checkbox"/> Initial	188 cm	95 kg	Normal	Normal	Systolique 114 Diastolique 72
<input type="checkbox"/> Prorogation					Pulsations (bpm) 62
<input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement					Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier
<input type="checkbox"/> Recours spécial					<input type="checkbox"/> irrégulier

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

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

*Plaie Hélicoptère Armée, Don de la pt. Psychomotor. Tension = 10/8*

*Atteint = 0 - Delt = 0 - Systole = 7 -*

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)		Lunettes/Contact	
(229) (de loin à 5m/6m en dixième)			
Œil droit sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>	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"/>	
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
Vision binoculaire	<input checked="" 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"/>	
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	

(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact	
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>
Type :	Type :		
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe
Œil droit			
Œil gauche			

(313) Perception des couleurs		Normale <input checked="" type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>
Tables pseudo-isochromatiques		Type I S H Y H A R A	
Nombre de tables présentées		20	Nombre d'erreurs <input checked="" type="checkbox"/>

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)		Oreille droite	Oreille gauche
(si 239/241 non réalisé)		Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur		Non <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

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

(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine	
VEMS/CV	%	Peak Flow (l/min)	<input checked="" type="checkbox"/> 118 (g/dl)
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>

(248) Commentaires, limitations :	
-----------------------------------	--

(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 :	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé:
et lieu:	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature:
Fax:	Numéro d'AME:
Telephone:	E-mail:

Nom : Yaya .....

Prénom : Ida .....

Date de Naissance : .....

Lieu de Naissance : .....

Numéro Tél. : .....

Poids : 95 .....

Taille ..... 193 .....

T.A 114 / 72 / 168 .....

Pouls. .... P.F = 90 .... H.B = 113 .....

---

BP 5606 Dakar-Fann - Tel./Fax : 33 824 26

Jour 2

Ob: 10

Ob: 10

24.10

Def: 8

diff: ok

← Maria h. und →

Tobac: 10%  
Alcool: 5%  
Spiritu: 5%  
Flock: 0