

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:	
(3) Nom : DJITE		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input checked="" type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/>	
(5) Prénom(s) : Ibrahim		(4) Nom de naissance	
(8) Lieu et pays de naissance : THIES, SENEGAL		(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation	
(10) Adresse permanente : ZONE DE CAPTAGE N°126 DAKAR		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 05/01/1989	
(11) Adresse postale : (si différente)		(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	
(18) Licence(s) de vol possédée(s)		(14) Type de licence désirée :	
types Numéro de licence Pays de délivrance		(15) Profession (principale) : Pilote Hélicoptère	
CPL(H) FRA-FEL 400314834 France		(16) Employeur : ARMEE DE L'AIR SENEGAL	
(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 ?		(17) Dernier examen médical :	
Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :		Date : 07-06-2023	
Détails :		Lieu : CPEMPN PERCY PARIS	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ?		(19) Conditions, limitations du certificat médical :	
Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :		Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		(21) Nombre total d'heures de vol : 2300	
(29) Consommez vous du tabac ?		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 500	
Non jamais <input type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt :		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :	
Oui <input checked="" type="checkbox"/> type et quantité : Marlboro Light (10 à 15/j)		5300, B505, Mi-17, Mi-35	
Antécédents généraux et médicaux : avez vous des antécédents connus d'...		(25) Type de vol envisagé :	
		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input checked="" type="checkbox"/> Multipilote <input checked="" type="checkbox"/>	
		(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 :	

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
(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"/>
			(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"/>
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	<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"/>
(104) Allergie ou rhume des foies	<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"/>
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	<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"/>
									(175) Diabète	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	<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"/>	(176) Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(107) Tension artérielle élevée ou basse	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(177) Allergie/asthme/eczéma	<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"/>	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(178) Maladie héréditaire	<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"/>	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(179) Glaucome	<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"/>	(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	A remplir uniquement pour les femmes		
			(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(111) Surdité ou maladie des oreilles	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>							(151) Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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 je n'ai pas obtenu connaissance de troubles du secret médical, sans préjudice de toute autre action applicable en vertu du droit national.

Déclaration ou erreur, l'autorité compétente des licences peut 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 série médicale ou d'un recours. En reconnaissance que ces documents ou données stockées électroniquement doivent être utilisés pour l'évaluation médicale et deviendront et resteront la propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que moi-même ou mon médecin puisse avoir accès conformément à la législation nationale. Le secret médical ne sera respecté à tout moment.

NOTIFICATION DE DÉVALUATION DE DONNÉES PERSONNELLES : Je déclare par la présente que j'ai été informé(e) que je comprends que les données contenues dans mon certificat médical selon l'ARAM.MED.130 peuvent être stockées électroniquement et mis à la disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MFDA.A.035 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'à des assesseurs médicaux des autorités compétentes des États membres afin de faciliter l'application de l'ARAM.MED.150 (c) (4).

Date : 03/09/2025

Date : 03/09/2025

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur

Signature du médecin examinateur :
Dr Patrick CORREA
 Médecin Aéronautique
 SN-MED-004
 Date de validité : 01/01/2019 à 31/12/2020

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

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

NOM : **DJITE** Prénoms : **IBRAHIMA** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **05-01-1989** Lieu de naissance : **THIES**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 188 cm	(203) Poids 95 kg	(204) Yeux couleur brun	(205) Cheveux couleur brun	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 114 Diastolique 72	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 62 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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"/>	<input type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire					

Lotus Helicopters Armée, Don't leave, Psychologue.
Tobac: 10/8
Doktor = 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	<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 N14 lu à 100cm

	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(231) de près N5 lu à 30 - 50cm

	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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	Ajouter
Œil gauche	

(313) Perception des couleurs Normale ☒ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques Type I S H T 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 (237) Hémoglobine

VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)	(g/dl)
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

(248) Commentaires, limitations :

Apte classe 1 -> 03-03-2026

(235) Analyse d'urine Normale ☒ Anormale ☐

Glucose <input checked="" type="checkbox"/>	Protéines <input checked="" type="checkbox"/>	Sang <input checked="" type="checkbox"/>	Autres <input type="checkbox"/>
---	---	--	---------------------------------

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	03/09/25	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>	03/09/25	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Fonction respiratoire	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(320) Tonométrie G : D : mmHg	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(244) Divers (Sujet?) :	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Avis : **Apte** Nom : **Dr Patrick CORREA**

Signature : **Dr Patrick CORREA**
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773

(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
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


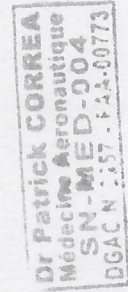
(249) Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

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 : 09-05-25	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : Dr Patrick CORREA Médecine Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773
------------------------------	---	--


Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence	
FRANIE	
II	Numéro de certificat / Certificate number
FRA-FEL-CH00314834	
V	Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder
Ibrahim Gyite	
IV	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)
05-01-1983	
VI	Nationalité / Nationality
Sénégalaise	
VI	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)
03-03-2026	
Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers	
03-03-2026	
Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations	
03-03-2026	
Classe 2 / Class 2	
03-03-2030	
LAPL / LAPL	
03-03-2030	

XIII Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description	
03-03-2025	
Date de l'examen médical / Date of medical examination	
03-03-2025	
Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram	
03-03-2025	
Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram	
03-03-2025	
X Date de délivrance / Date of issue	
04-03-2025	
Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor	
	
XI Cachet / Stamp	
	

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-ECI licence	