

# **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 : <b>DJITÉ</b>  |                            | (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) : <b>Ibrahim</b>  |                            | (4) Nom de naissance  |       |                   |                    |               |                            |               |  |  |  |  |  |  |
| (8) Lieu et pays de naissance : <b>THIES, SENE GAL</b>  |                            | (6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) <b>05/01/1989</b>  |       |                   |                    |               |                            |               |  |  |  |  |  |  |
| (10) Adresse permanente : <b>ZONE DE captage N°126 DAKAR SENE GAL</b><br>Pays : <b>SENEGAL</b><br>N° de téléphone : <b>+221 784453555</b>   |                            | (7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>  |       |                   |                    |               |                            |               |  |  |  |  |  |  |
| (11) Adresse postale : (si différente)  |                            | (9) Nationalité : <b>SENEGALISE</b>   |       |                   |                    |               |                            |               |  |  |  |  |  |  |
|   |                            | Pays :<br>N° de téléphone :   |       |                   |                    |               |                            |               |  |  |  |  |  |  |
| (18) Licence(s) de vol possédée(s)  |                            | <table border="1"> <thead> <tr> <th>types</th> <th>Numéro de licence</th> <th>Pays de délivrance</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>CPL(+)</b></td> <td><b>FRA-FCLM CH00314834</b></td> <td><b>France</b></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | types | Numéro de licence | Pays de délivrance | <b>CPL(+)</b> | <b>FRA-FCLM CH00314834</b> | <b>France</b> |  |  |  |  |  |  |
| types   | Numéro de licence          | Pays de délivrance  |       |                   |                    |               |                            |               |  |  |  |  |  |  |
| <b>CPL(+)</b>   | <b>FRA-FCLM CH00314834</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 ?<br>Détails : Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu:  |                            |   |       |                   |                    |               |                            |               |  |  |  |  |  |  |
| (24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ?<br>Détails : Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu:   |                            |   |       |                   |                    |               |                            |               |  |  |  |  |  |  |
| (27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités  |                            |   |       |                   |                    |               |                            |               |  |  |  |  |  |  |
| (29) Consommez vous du tabac ?<br>Non jamais <input type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt :<br>Oui <input checked="" type="checkbox"/> type et quantité : <b>Marlboro Light (10 x 15/1)</b>   |                            |   |       |                   |                    |               |                            |               |  |  |  |  |  |  |
| Antécédents généraux et médicaux : avez vous des antécédents connus d'une des maladie   |                            |   |       |                   |                    |               |                            |               |  |  |  |  |  |  |
| (12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation<br>(14) Type de licence désirée :<br>(15) Profession ( principale ) : <b>Pilote Helicoptere</b><br>(16) Employeur : <b>ARMEE DE L'AIR SENEGAL</b><br>(17) Dernier examen médical :<br>Date : <b>07-06-2023</b><br>Lieu : <b>CP EMPN PERCY PARIS</b><br>(19) Conditions, limitations du certificat médical:<br>Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :<br><br>(21) Nombre total d'heures de vol : <b>2300</b> (22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : <b>500</b><br>(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : <b>5300, B505, Mi-17, Mi-35</b><br>(25) Type de vol envisagé :<br>(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input checked="" type="checkbox"/> Multipilote <input checked="" type="checkbox"/><br>(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/><br>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 vos instructions)

| 1. 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 crânien ou commotion                                       |  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (124) Test VIH positif  |  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (170) Affection cardiaque       |  |
| (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   |  |
| (104) Allergie ou rhume des foins   |  | <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 |  |
| (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                 |  |
| (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   |  |
| (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                   |  |
| (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               |  |
| (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    |  |
| (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       |  |
| (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) Exempté ou réformé du service national pour motif médical |  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (179) Glaucome                  |  |
| <b>A remplir uniquement pour les femmes</b>   |  |                          |                                     |   |  |                          |                                     |   |  |                          |                                     |                                 |  |
| (150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation   |  |                          |                                     |   |  |                          |                                     |   |  |                          |                                     |                                 |  |
| (151) Etes-vous enceinte ?  |  |                          |                                     |   |  |                          |                                     |   |  |                          |                                     |                                 |  |
| (30) Remarques :  |  |                          |                                     |   |  |                          |                                     |   |  |                          |                                     |                                 |  |

### (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.

**DISPOSITION 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 MIDA.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

Dr Patrick CORREA  
Médecin Aéronautique  
SN-MED-004  
010-1111-1111 00000000

**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):

Lieu de naissance : **05-01-1989 THIES**

(201) Catégorie d'examen  
 Initial  
 Prorogation  
 Renouvellement  
 Recours spécial

(202) Taille

**188 cm**

(203) Poids

**95 kg**

(204) Yeux couleur

**Norme**

(205) Cheveux couleur

**Norme**

(206) Tension artérielle (assis) mmHg

**114**

**72**

(207) Pouls au repos

**62**

régulier  
 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 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 |                                     |                          |  |                                     |                          |

*→ Loti Hélicoptère Armée, Don't heft, Psychom bon.*

*Tolac = 10/8  
Tolac = 0  
Dolac = 0 - Sopac = 7/7*

**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**

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

  

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

**(231) Lunettes**

|            |          | (233) Lentilles de contact          |                          |
|------------|----------|-------------------------------------|--------------------------|
| Type :     |          | Oui                                 | Non                      |
| Refraction | Sph      | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |
| Œil droit  | Cylindre |                                     | <input type="checkbox"/> |
| Œil gauche | Axe      |                                     | <input type="checkbox"/> |
|            | Ajouter  |                                     | <input type="checkbox"/> |

**(313) Perception des couleurs**

|                               |           | Normale                             | Anormale                 |
|-------------------------------|-----------|-------------------------------------|--------------------------|
| Tables pseudo-isochromatiques |           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nombre de tables présentées   | <b>20</b> | Nombre d'erreurs                    | <b>0</b>                 |

**(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 |  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|  |  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" 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"/> | Normal            | <input type="checkbox"/>            |
| Anormal | <input type="checkbox"/> | Anormal           | <input type="checkbox"/>            |
|         |                          | Normal            | <input checked="" type="checkbox"/> |
|         |                          | Anormal           | <input type="checkbox"/>            |

**(248) Commentaires, limitations :**

*Cf = 9,90*

*Appt close 1 → 03-03-2026*

**(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 :

et lieu:

Nom et adresse du médecin-chef

de l'AeMC ou du médecin agréé:

Fax:

Telephone:

E-mail:

*Dr Patrick CORREA*

*3, Av. des Ambassades*

*DAKAR SENEGAL*

Cachet du médecin-chef de

l'AeMC ou du médecin agréé

et signature:

*Patrick CORREA*

*Médecine Aéronautique*

*SN-MED-004*

*DGAC N°3857 - FAA-00773*

*Ref Rapport examen médical 03.09.2019*

Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is issue the pilot licence

FRANCE  
FRN-FCL-CH 00314 934

V Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder

Delphine Lépine

IV Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)

05-01-1989

VI Nationalité / Nationality

Sénégalaise

VII 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)

03-09-2025  
Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers

03-09-2026  
Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations

03-09-2026  
Classe 2 / Class 2

03-09-2030  
LAPL / LAPL  
03-09-2030

## XIII Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description

Date de l'examen médical / Date of medical examination

03-09-2025

Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram

03-09-2025

Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram

03-09-2025

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

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.

## 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

Joint à la licence  
Part of the licence  
A joint à la licence  
Part of the licence