

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:		
FRANCE	(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		(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation
(5) Prénom(s) : ABIBE	(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 12/03/2007	(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	(14) Type de licence désirée :
(8) Lieu et pays de naissance : Poissy, FRANCE	(9) Nationalité : Sénégalaise	(15) Profession (principale) :	
(10) Adresse permanente :	(11) Adresse postale : (si différente)		(16) Employeur :
Pays : France N° de téléphone : 06-5192-00.90 Courriel : abibefall5@gmail.com	Pays : N° de téléphone :	(17) Dernier examen médical : Date : 25/02/2026 Lieu : MAROC	
(18) Licence(s) de vol possédée(s)			
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 :			
(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :			
(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 :			
(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input 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:			
(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
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(113) Traumatismes crânien ou commotion	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(170) Affection cardiaque
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(114) Maux de tête fréquents ou graves	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(171) Hypertension artérielle
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(115) Accès de vertige/évanouissement	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(172) Taux élevé de cholestérol
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(173) Epilepsie
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(174) Maladie mentale/suicide
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(175) Diabète
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(176) Tuberculose
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(120) Tentative de suicide ou automutilation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(177) Allergie/asthme/eczéma
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(121) Mal des transports nécessitant médication	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(178) Maladie héréditaire
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(179) Glaucome
Antécédents familiaux							
(129) Hospitalisation							
(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical							
(131) Assurance vie refusée pour motif médical							
A remplir uniquement pour les femmes							
(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation							
(151) Etes-vous enceinte ?							

(30) Remarques : 102 : myopie 175 = DMD.

(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 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 examinateur de mon AME ainsi qu'aux professionnels de santé personnels et à tous d'obtenir une évaluation aero-médicale ou dans le cadre d'un recours. En reconnaissant que ces documents ou données stockées électroniquement doivent être utilisés pour compiler une évaluation médicale et deviennent 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. La 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'ARACMD.150 peuvent être stockées électroniquement et mis à la disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MDRA.035 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux autorités compétentes des Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARACMD.150 (c) (4).

Date :

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 : FALL		Prénoms : ABIBÉ		Date de naissance (jj/MM/AAAA): 12/03/2007	Lieu de naissance : Poissy, France.	
(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 type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	180 cm	68 kg	Norm	Nbr	Systolique 122	Diastolique 99
Pulsations (bpm) = 69	Rythme Régulier					

Examen clinique : Cochez chaque item

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

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

Henne 18 ans, célibataire sans enfant, étudiant, APL classe 1, psychisme bon, RCD obèse, pas de maladie congénitale (2023)
place 20 Aéro 20 sport + Nivel = 0
Pyramide VDL

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(229) (de loin à (5m/6m en dixième)		Lunettes>Contact	
Oeil droit sans correction		Corrigée à	10
Oeil gauche sans correction		Corrigée à	10
Vision binoculaire, sans correction		Corrigée à	10

(230) Vision Intermédiaire

N14 lu à 100cm		sans correction		avec correction	
Oeil droit	Oeil gauche	Oui	Non	Oui	Non

(231) de près		sans correction		avec correction	
Oeil droit	Oeil gauche	Oui	Non	Qui	Non

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

(313) Perception des couleurs		Normale	Anormale
Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA		

Nombre de tables présentées 20 Nombre d'erreurs 0

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)		Oreille droite	Oreille gauche
(si 239/241 non réalisé)		Oui	Oui

Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur

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

(236) Fonction respiratoire		14; 100%	(237) Hémoglobine
VEMS/CV	% Peak Flow (l/min)		(g/dl)

Normal Anormal Normal Anormal Normal Anormal

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

(247) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé	
<input type="checkbox"/> APTE pour la classe: <input type="checkbox"/> certificat médical délivré par le soussigné (copie jointe) pour la classe: <input type="checkbox"/> INAPTE pour la classe : <input type="checkbox"/> 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	

Date : Mardi 13 Janvier 2026

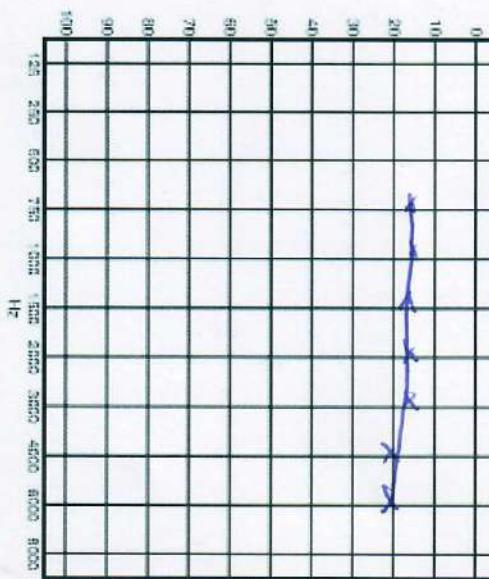
Nom : FALL

Prenom : ABIBE

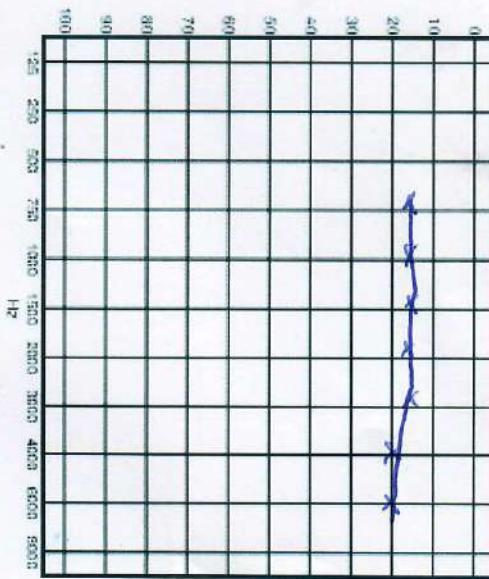
Date de Naissance : 12/03/2002

AUDIOGRAMME

O. DROITE



O. GAUCHE



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

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)

Noméro de certificat / Certificate number

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

FALL ABIBE

/ Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY) 12/03/2007

Nationalité / Nationality

SENEGALAISE

Signature du titulaire / Signature of holder

Classe 2 / Class 2

25/02/2030

LAPL / LAPL

25/02/2030

XII Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description

Date de l'examen médical /
Date of medical examination

VDL :CORRECTION FOR

DEFECTIVE DISTANT VISION

X Date de délivrance / Date of issue

25/02/2025

Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical /
Signature of issuing AME or medical assessor

Classe 1, autres exploitations commerciales /
Class 1 other commercial operations 25/02/2026

Date du dernier audiogramme /
Date of last audiogram

25/02/2025

BOUSSIF MOHAMED
TEL: +212 6 66 56 56 25
nabilousif22@gmail.com