

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence : FRANCE		(13) N° référence:	
(3) Nom : FALL		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☒ Classe 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA ☐	
(5) Prénom(s): ABIBE		(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité ☐ initial ☒ renouvellement/prorogation
(8) Lieu et pays de naissance: POISSY, FRANCE		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 12/03/2007	(7) Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐
(10) Adresse permanente :		(9) Nationalité : Senegalaise	
(11) Adresse postale : (si différente)		(14) Type de licence désirée :	
(17) Dernier examen médical : Date : 25/02/2026 Lieu : FIAROC		(15) Profession (principale) :	
(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ☐ Oui ☒ détails : vision; myopie		(16) Employeur :	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéro de licence Pays de délivrance		(21) Nombre total d'heures de vol : 00	
(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 ☒ Oui ☐ Date : Lieu :		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 00	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu :		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :	
(27) Consommez-vous de l'alcool ? Non ☒ Oui ☐ consommation journalière unités		(25) Type de vol envisagé :	
(29) Consommez-vous du tabac ? Non jamais ☒ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt : Oui ☐ type et quantité :		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☐ Multipilote ☐	
		(28) Prenez-vous actuellement des médicaments ? Non ☒ Oui ☐ 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	Oui	Non
☐	☒	☐	☒	☐	☒	Antécédents familiaux	
☒	☐	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐							

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 : **ABIBE** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **12/03/2007**
Lieu de naissance : **Poissy ; France.**

(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 180 cm	(203) Poids 68 kg	(204) Yeux couleur brun	(205) Cheveux couleur noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 122 Diastolique 79	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 69 Rythme ☒ Régulier ☐ Irrégulier
--	-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	--	--

Examen clinique : Cochez chaque item

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

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire.
**Homme 18 ans, célibataire sans enf., Étudiant, ATPL
Classe 1, Psychisme bon, APD obéissant - Thème poignardant (2023)
Tolérance alcool = 3 parts + Noct = 0
Tolérance vol**

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

	Lunettes/Contact	
Œil droit sans correction	Corrigée à 10	
Œil gauche sans correction	Corrigée à 10	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à 10	

(230) **Vision Intermédiaire**

	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
N14 lu à 100cm	☐	☐	☒	☐
Œil droit	☐	☐	☒	☐
Œil gauche	☐	☐	☒	☐
Vision binoculaire	☐	☐	☒	☐

(231) **de près**

	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
N5 lu à 30 - 50cm	☐	☐	☒	☐
Œil droit	☐	☐	☒	☐
Œil gauche	☐	☐	☒	☐
Vision binoculaire	☐	☐	☒	☐

(232) **Lunettes** (233) **Lentilles de contact**

Lunettes		Lentilles de contact	
Oui ☒	Non ☐	Oui ☐	Non ☐
Type : Pres		Type : Pres	
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe
Œil droit			
Œil 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)**
(si 239/241 non réalisés)
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur

	Oreille droite	Oreille gauche
Oui	☒	☒
Non	☐	☐

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 ☐	Anormal ☐	Normal ☐	Anormal ☐	Normal ☒

(248) **Commentaires, limitations :**
VDL
Apte classe 1 -> 25-02-2027.

(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 : **14-01-2026**
et lieu : **Sénégal**
Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : **Av des Ambassadeurs**
Fax : **Tel 33 924 26 71**
E-mail :
Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : **Dr Patrick CORREA**
Numéro d'AME : **SH-MED-004**
FAA-00773

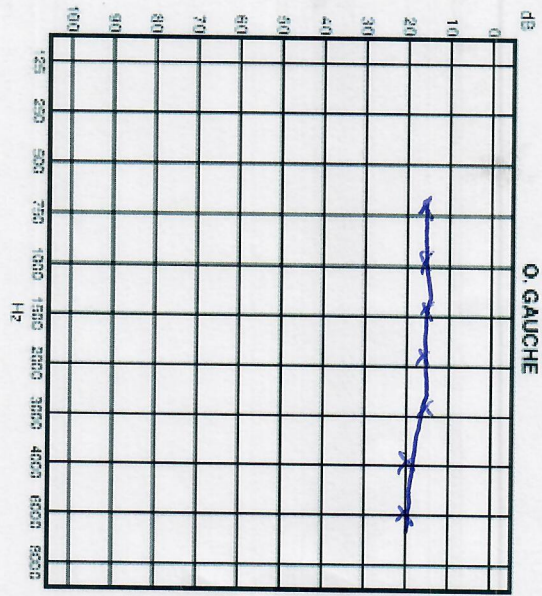
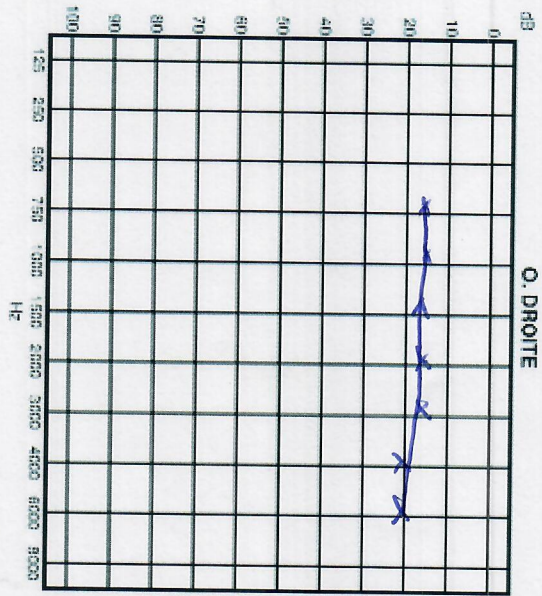
Date: Mardi 13, Janvier 2026

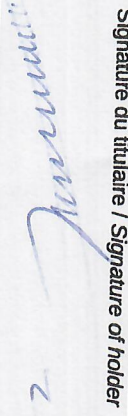
Mois: JAN

Prénom: ABIBE

Date de Naissance: 12/03/2007

AUDIOGRAMME



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

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	
25/02/2026	
Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations	
25/02/2030	
Classe 2 / Class 2	
25/02/2030	
LAPL / LAPL	

XIII Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description	
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	
	
XI Cachet / Stamp	
BOUSSIF MOHAMED Tél: +212 6 66 56 56 25 medbousst72@gmail.com 0000 0000	

Date de l'examen médical / Date of medical examination	
25/02/2025	
Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram	
25/02/2025	
Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram	
25/02/2025	