

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	FALL		
(3) Nom : FALL	(4) Nom de naissance FALL	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation	
(5) Prénom(s) : Mouhamed Lamine	(6) Date de naissance 23/11/2003	(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	(14) Type de licence désirée :
(8) Lieu et pays de naissance : Paris - France	(9) Nationalité : Senegalaise	(15) Profession (principale) : stagiaire Pilote	
(10) Adresse permanente : Hann bel-ayr v33 Pays : Senegal N° de téléphone : 782048108 Courriel : Lamine00@gmail.com	(11) Adresse postale : (si différente) 53 Rue Saint Georges 75020 Paris Pays : France N° de téléphone : 782048108	(16) Employeur :	(17) Dernier examen médical : 25/10/2025 Date : 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 : _____			
(21) Nombre total d'heures de vol : 50			
(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 0			
(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : monomoteur			
(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 : _____			
(25) Type de vol envisagé :			
(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input checked="" type="checkbox"/> Multipilote <input type="checkbox"/>			
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités			
(28) 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		
(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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(113) Traumatismes crânien ou cérébral	<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
A remplir uniquement pour les femmes									
(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation									
(30) Remarques : 102 : Ryptis									

(31) Déclaration : Je 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 A LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MÉDICALES : J'ai donc accepté l'autorité de faire publier et diffuser mes informations médicales et personnelles dans l'application de l'AMM, ainsi qu'aux professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une évaluation médico-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 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 MID.130 peuvent être stockées électroniquement et mis à la disposition de mon AMM afin de fourrir les données historiques requises dans le MEDA.035 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux usagers indépendants des autorités compétentes des Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA MID.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 : MOUHAMED LANINE		Date de naissance (jj/MM/aaaa): 23/11/2003	Lieu de naissance : Paris 19 ^e me.	
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 180 cm	(203) Poids 59 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 108	(207) Pouls au repos Diastolique 73
					Pulsations (bpm)	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, tympons, 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

Homme 21 ans, il a pris peu de pilules, il a fumé sans effort, tabac = 0 Alcool = 0 , cigarette / VDL
Sport = 0 Malt = 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	Corrigée à	7
Œil gauche sans correction	Corrigée à	7
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	7

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

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

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

(313) Perception des couleurs		Normale	Anormale
Tables pseudo-isochromatiques	Type I SHIHARA		
Nombre de tables présentées	20	Nombre d'erreurs	4

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

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

(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine	
VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)	13,0	(g/dl)
Normal	Anormal	Normal	Anormal

(248) Commentaires, limitations :

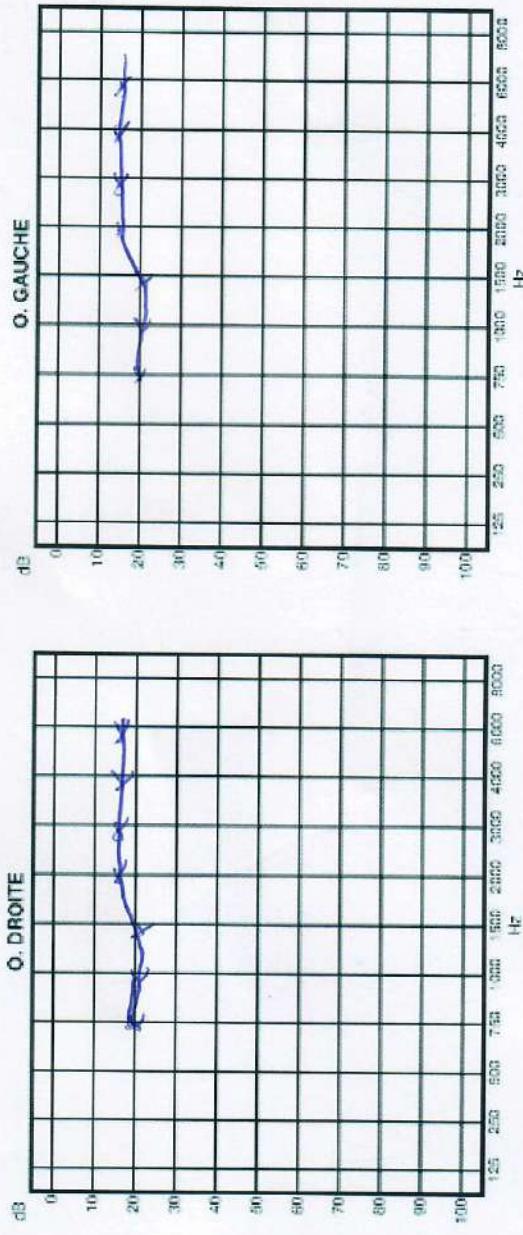
(249) Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

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:
-----------------------	---	---

Date : 13/10/2025
Nom : FALL
Prénom : Mouhamad Yamine
Date de Naissance : 23/11/2003

AUDIOGRAMME



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

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 mabdousif22@gmail.com N°TÉL: 022942115

II Certificat médical de Classe 1 Class 1 medical certificate
Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence
IX Date d'expiration du certificat médical pour (JJ/MM/AAAA) / Expiry date of this certificate for (DD/MM/YYYY)
Numéro de certificat / Certificate number
Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder
ALL MOUHAMED LAMINE
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY) 23/11/2003
Nationalité / Nationality
SENÉGALAISE
Signature du titulaire / Signature of holder 
Classe 1, exploitation commerciale, monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers
Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations
Classe 2 / Class 2
LAPL / LAPL
Classe 2 / Class 2 25/02/2030
Classe 2 / Class 2 25/02/2030

Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence
IX Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY) 23/11/2003
Nationalité / Nationality
SENÉGALAISE
Signature du titulaire / Signature of holder 



COMPLEXE MEDICAL DE LA CORNICHE OUEST
Rue Léo Frobenius prolongée - Tél. : +221 33 824 99 29

Dr Smail BERRAKI
Ophtalmologue
Maladies et Chirurgie des yeux
Chirurgie des paupières
BP : 23136 Dakar Ponty
Tél. : +221 77 658 11 43

Dakar, le 13.01.26.
Nom : FALL
Prénom (s) : Ndahmadou
Lamine

ORDONNANCE DE LUNETTES

1 Monture :

Verre :

Vision de loin

OD : -1,25

Add :

OG : -1,00

Add :

Vision de près

OD :

OG :

Ecart pupillaire : 69

Anti réflets

Photo gray

... AL DE LA CORNICHE OUEST
BERRAKI - Ophtalmologue
Maladies et Chirurgies des Yeux
Chirurgies des Paupières
Tél. : +221 33 824 99 29

Sahel Assistance



www.sahelassistance.org

BULLETIN DE CONSULTATION

Dakar, le 13.11.2006

RESULTATS	
Nom: TAH	AV Sans correct 31/10° 00/00
Prénom: Ouchamed Ibrahim	AV Corrigée 30/10° 00/00
Diagnostic: BTH	Examen LAF : normal
EXAMEN DEMANDÉ :	
CS Ophtalmologie \Rightarrow on demande l'EXAMEN DE LA CORNE IRIS ET PUPILLE	
Dr Charles Mbaye	
Médical Consultant Specialist	
BERRAKI - Ophtalmologie	
Madies et Chirurgies des Yeux	
Chirurgies des Paupières	
Télé: 23 824 99 29	
13.1.26	