

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) : Abouhamed Lamine		(4) Nom de naissance FALL	
(8) Lieu et pays de naissance : Paris - France		(6) Date de naissance 23/11/2003 (7) Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐	
(10) Adresse permanente : Hann bel-our v33		(12) Genre sollicité ☐ initial ☒ renouvellement/prorogation	
(11) Adresse postale : (si différente) 53 Rue Saint Forgeau 75020		(14) Type de licence désirée :	
(17) Dernier examen médical : 25/02/2025		(15) Profession (principale) : Stagiaire Pilote	
(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ☒ Oui ☐ détails :		(16) Employeur :	
(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		(25) Type de vol envisagé :	
(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 :	
(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 :			
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu :			
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non ☒ Oui ☐ consommation journalière unités			
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais ☒ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt : Oui ☐ type et quantité :			
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéro de licence Pays de délivrance			

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 : **Mouhamed LAMINE** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **23/11/2003**
Lieu de naissance : **Paris 13^{ème}**

(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 180 cm	(203) Poids 59 kg	(204) Yeux couleur Dark	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 108 Diastolique 73	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 74 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
Aucune 20 ans, Elevé pilote privé, célibataire sans enfant, Tabac = 0 Alcool = 0, Nerveux/VDL

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

Ceil droit sans correction	Corrigée à	5
Ceil gauche sans correction	Corrigée à	5
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	5

(230) Vision Intermédiaire N14 lu à 100cm

sans correction		avec correction	
Oui	Non	Oui	Non
Ceil droit	☐	☒	☐
Ceil gauche	☐	☒	☐
Vision binoculaire	☐	☒	☐

(231) de près N5 lu à 30 - 50cm

sans correction		avec correction	
Oui	Non	Oui	Non
Ceil droit	☐	☒	☐
Ceil gauche	☐	☒	☐
Vision binoculaire	☐	☒	☐

(232) Lunettes (233) Lentilles de contact

Oui ☐ Non ☒	Oui ☐ Non ☒
Type : Réfraction Sph	Type : Cylindre Axe
Ceil droit	Ajouter
Ceil gauche	

(235) Analyse d'urine Normale ☐ Anormale ☐

Glucose	Protéines	Sang	Autres
---------	-----------	------	--------

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	☐	13/01/2016	☒	☐
(239) Audiogramme	☐	13/01/2016	☒	☐
(240) Examen Ophtalmologique	☐		☐	☐
(241) Examen ORL	☐		☐	☐
(242) Lipides sanguins	☐		☐	☐
(243) Fonction respiratoire	☐		☐	☐
(320) Tonométrie G : D : mmHg	☐		☐	☐
(244) Divers(Sujet?)	☐		☐	☐

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

Avis : **Ag** Nom : **Patrick CORREA**
Signature : **Patrick CORREA**
Médicine Aeronautique
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
	☒	☒	☒	☐

(248) Commentaires, limitations :

VDL

Ag → 25-07-2027

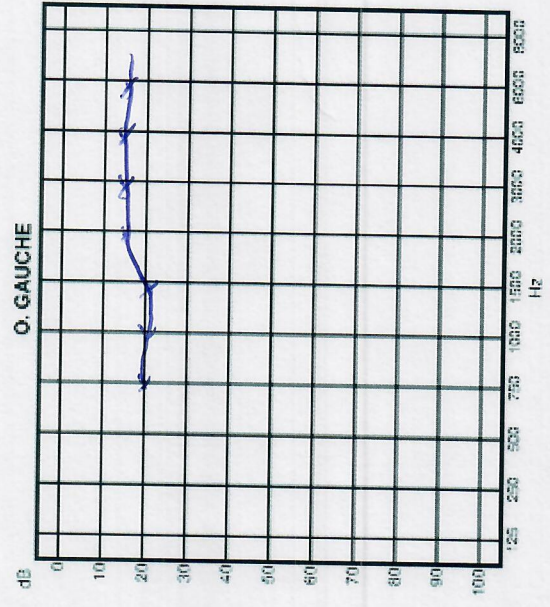
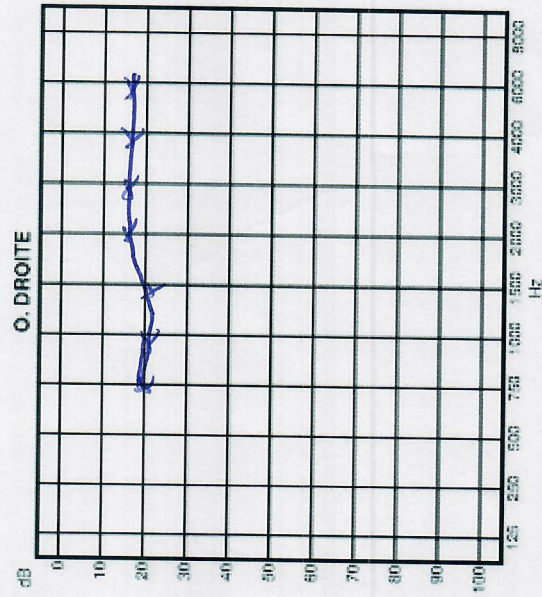
(249) Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

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	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : Senegal Av. des Ambassadeurs Tel 33 824 26 71	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : Patrick CORREA Médicine Aeronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773
-----------------------------------	--	---

Date : 13/01/2025
Nom : FALL
Prénom : Mouhamad Lamine
Date de Naissance : 23/11/2003

AUDIOGRAMME





COMPLEXE MEDICAL DE LA CORNICHE OUEST

Rue Léo Frobenius prolongée - Tél. : +221 33 824 99 29

Dr Smaïl BERRAKI

Ophtalmologue

Maladies et Chirurgie des yeux

Chirurgie des paupières

BP : 23136 Dakar Ponty

Tél. : +221 77 658 11 43

Dakar, le 13.01.2026

Nom : FALL

Prénom (s) : Nourmadou
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-reflets
Photo gray

COMPLEXE MEDICAL DE LA CORNICHE OUEST
Dr Smaïl BERRAKI - Ophtalmologue
Maladies et Chirurgie des Yeux
Chirurgie des Paupières
Tél. : 23 824 99 29

Sahel Assistance



www.sahelassistance.org

Dakar, le 13/01/2026

BULLETIN DE Consultation

Nom: FALL	RESULTS
Prénom: Docteur Dialla	AV sans contact 3/10° 00G
Diagnostic: 13841	AV grisee 10/10° 00G
EXAMEN DEMANDE :	Examen LAF : normal
CS ophtalmologie	⇒ ordonnance lettre
Signature	Signature

Sahel Assistance SENEHAL
 info@sahelassistance.org
 Tél: 33 824 26 71
 Dakar SENEGAL

Centre de la Cornée Ouest
Dr. BERRAKI - Ophtalmologue
 Maladies et Chirurgies des Yeux
 Chirurgies des Paupières
 Tél: 33 824 99 29

Sahel Assistance - 3, Av. des Ambassadeurs, BP 5606 - Fann Résidence, Dakar Sénégal
 BP 5606 Dakar Fann Tél/fax : (221) 33 824 26 71 E-mail : info@sahelassistance.org

13.1.26

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 ALL MOUHAMED LAMINE
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY) 23/11/2003
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
Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations
Classe 2 / Class 2
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 medboussif22@gmail.com N° 02912
---	--

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
--	--	--

at dans lequel la licence de pilote a été livrée ou demandée / Authority that issued is to issue the pilot licence	
uméro de certificat / Certificate number	
om et prénom du titulaire / Last and first me of holder	E Mohamed Lamine
ate de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of rth (DD/MM/YYYY)	11-01-2003
ationalité / Nationality	algérienne
gnature 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	
Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations	25-02-2027
Classe 2 / Class 2	25-02-2031
LAPL / LAPL	25-02-2031

XIII Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description	VDL
X Date de délivrance / Date of issue	14-01-2026
Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor	
XI Cachet / Stamp	

Date de l'examen médical / Date of medical examination	13-01-2026
Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram	13-01-2026
Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram	13-01-2026