

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 : BASSO	(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☐ Classe 2 ☒ LAPL ☐ PNC/CCA ☐	
(5) Prénom(s) : SISTO	(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité ☐ initial ☒ renouvellement/prorogation
(8) Lieu et pays de naissance : ITALIE	(6) Date de naissance 04/03/1953	(7) Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐
(10) Adresse permanente : RUE 6 POIN F vs : BR 5618 DAKAR	(9) Nationalité : ITALIENNE	(14) Type de licence désirée :
(11) Adresse postale (si différente) BR 5618 10700 DAKAR	(15) Profession (principale) : RETRAITE	(16) Employeur :
(17) Dernier examen médical : Date : 28/3/2025 Lieu : DAKAR	(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ☐ Oui ☐ détails :	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéros de licence Pays de délivrance PA PA 0050039 FRANCE	(21) Nombre total d'heures de vol :	
(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 :	
(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 : 2005	(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						
(101) Maladie ou opération oculaire	☐	☒	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	☐	☒	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	☐	☒					
(102) Avez-vous porté ou portez-vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	☐	☒	(113) Traumatismes crâniens ou commotion	☐	☒	(124) Test VIH positif	☐	☒					
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	☐	☒	(114) Maux de tête fréquents ou graves	☐	☒	(125) Maladie sexuellement transmissible	☐	☒					
(104) Allergie ou rhume des foies	☐	☒	(115) Accès de vertige/évanouissement	☐	☒	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	☐	☒					
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	☐	☒	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	☐	☒	(127) Maladie musculaire ou squelettique	☐	☒					
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	☐	☒	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	☐	☒	(128) Toute autre maladie ou blessure	☐	☒					
(107) Tension artérielle élevée ou basse	☐	☒	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	☐	☒	(129) Hospitalisation	☐	☒					
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	☐	☒	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	☐	☒	(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	☐	☒					
(109) Diabète ou désordre hormonal	☐	☒	(120) Tentative de suicide ou automutilation	☐	☒	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	☐	☒					
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	☐	☒	(121) Mal des transports nécessitant médication	☐	☒	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	☐	☒					
(111) Surdité ou maladie des oreilles	☐	☒	(122) Anémie/Trait drépanocyttaire/autres maladies sanguines	☐	☒	(133) Exempt� ou réformé du service national pour motif médical	☐	☒					
								Antécédents familiaux					
								(170) Affection cardiaque				☐	☒
								(171) Hypertension artérielle				☐	☒
								(172) Taux élevé de cholestérol				☐	☒
								(173) Epilepsie				☐	☒
								(174) Maladie mentale/suicide				☐	☒
								(175) Diabète				☐	☒
								(176) Tuberculose				☐	☒
								(177) Allergie/asthme/eczéma				☐	☒
								(178) Maladie héréditaire				☐	☒
								(179) Glaucome				☐	☒
								A remplir uniquement pour les femmes					
								(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation				☐	☐
								(151) Etes-vous enceinte ?				☐	☐

(30) Remarques :

Avec antécédents connus dans le passé pour des raisons médicales, sans aucun symptôme ⇒ RAR

(31) Déclaration : Je soussigné(e), déclare avoir répondu de façon s c re 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 d j accordé ou refuser de me fournir un nouveau certificat médical, sans préjudice de toute autre action applicable en vertu du droit national. CONSENTEMENT   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 médicale ou dans le cadre d'un recours. Et reconnais 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 puisse 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.MED.130 peuvent être stockées électroniquement et mis à la disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MED.A.035 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des  tats membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date :

24/03/2026

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

Dr P. CORREA
Médecin  valuateur
DGAC N 3857 - FAA

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : BASSO		Prénoms : SISTO		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 04/03/1953		
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☒ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial		(202) Taille 171 cm	(203) Poids 84 kg	(204) Yeux couleur : Oliv	(205) Cheveux couleur : Blanc	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique : 119 Diastolique : 71
						(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) : 54 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	☒

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

Pilote Purée lésion - malade RAS. 73 ans. Saigne en cage. 2 septs. Tabac = 100g. Alcool = 100g. Spait = +. HT = 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 8
Œil gauche sans correction	Corrigée à 8
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à 10

(230) Vision Intermédiaire N14 lu à 100cm

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

(231) de près N5 lu à 30 - 50cm

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

(232) Lunettes

Oui ☒ Non ☐

Type : Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter

(233) Lentilles de contact

Oui ☐ Non ☐

Type : Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter

(313) Perception des couleurs Normale ☐ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques Type I S H I H A R A

Nombre de tables présentées **80** Nombre d'erreurs **0**

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis) (si 239/241 non réalisés)

Oreille droite		Oreille gauche	
Oui	Non	Oui	Non
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	☒	☒	☒

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire

VEMS/CV	%	Peak Flow (l/min)
Normal ☐ Anormal ☐		Normal ☐ Anormal ☐

(237) Hémoglobine

Normal ☒ Anormal ☐

(248) Commentaires, limitations : **USU.**

Apte classe 2 → 31-07-2007

(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 : **26-07-2006**

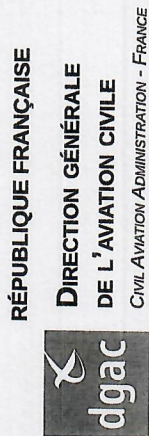
Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : **Dr Patrick CORREA**

3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL

Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : **Dr Patrick CORREA**

Numéro d'AME : **SN-M-004**

Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence	
FRANCE	
Numéro de certificat / Certificate number	
9921A) PAB650635	
Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder	
JABBO S-Lito	
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)	
84-03-1953	
Nationalité / Nationality	
Italienne	
Signature du titulaire / Signature of holder	



CERTIFICAT MÉDICAL

Medical certificate

CLASSE 2 / LAPL
CLASS 2 / LAPL

European Union
medical certificate
Issued in accordance with Part-MED
Complies with ICAO standards
Except for the LAPL medical certificate

A joindre à la licence
Pertaining to a Part-FCL licence

II Certificat médical de Classe 2 Class 2 medical certificate	
IX Date d'expiration du certificat médical pour (JJ/MM/AAAA) / Expiry date of this certificate for (DD/MM/YYYY)	31-03-2027
Classe 2 / Class 2	
LAPL / LAPL	
24-03-2028	

MED.A.020 Diminution de l'aptitude médicale

(a) Les titulaires de licence n'exercent à aucun moment les privilèges de leur licence et des certifications ou certificats qu'ils ont obtenus :

- (1) ont connaissance d'une quelconque diminution de leur aptitude médicale susceptible de les rendre incapables d'exercer ces privilèges de sécurité ;
- (2) prennent des mesures pour éviter d'utiliser des médicaments ou non prescrits qui sont susceptibles d'influer sur l'exercice en toute sécurité des privilèges de la licence en question ;
- (3) reçoivent tout traitement médical, chirurgical ou autre susceptible d'influer sur la sécurité des vols.

(b) En outre, les titulaires de licence tâchent d'obtenir, sans retard indu, un avis aéromédical :

- (1) s'ils ont subi une opération chirurgicale
- (2) s'ils ont subi une procédure invasive ;
- (3) s'ils ont entamé la prise régulière d'un médicament ;
- (4) s'ils souffrent de toute blessure importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
- (5) s'ils souffrent d'une maladie importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
- (6) en cas de grossesse ;
- (7) s'ils ont été admis dans un hôpital ou une clinique médicale ;
- (8) s'ils ont besoin de verres correcteurs pour la première fois.

XIII Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description	
VNL	
X Date de délivrance / Date of issue	
24-03-2026	
Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor	
XI Cachet / Stamp	

MED.A.020 Decrease in medical fitness

(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.

Date de l'examen médical / Date of medical examination	24-03-2026
Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram	24-03-2026
Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram	16-03-2026