

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:	
(3) Nom : FALL		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☐ Classe 2 ☒ LAPL ☐ PNC/CCA ☒	
(5) Prénom(s) : IBRAHIMA		(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité ☒ initial ☐ renouvellement/prorogation
(8) Lieu et pays de naissance : MBour - SENEGAL		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 20/02/1974	(14) Type de licence désirée :
(10) Adresse permanente : RESIDENCE ABEMA		(7) Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐	(15) Profession (principale) : PNC
Pays : SENEGAL N° de téléphone : 775673422 Courriel : ibrahima.fall@cootbeck.fr		(9) Nationalité : SENEGALAISE	(16) Employeur : AIR SENEGAL
(11) Adresse postale : (si différente)		(17) Dernier examen médical : Date : Lieu :	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéro de licence Pays de délivrance		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ☐ Oui ☐ détails :	
		(21) Nombre total d'heures de vol :	
		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :	
(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 :		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu :		(25) Type de vol envisagé :	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non ☒ Oui ☐ consommation journalière unités		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☐ Multipilote ☐	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais ☒ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt : Oui ☐ type et quantité :		(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
(101) Maladie ou opération oculaire	☐	☒	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	☐	☒	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	☐	☒	Antécédents familiaux		
(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	☐	☒	(171) Hypertension artérielle	☐	☒
			(115) Accès de vertige/évanouissement	☐	☒	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	☐	☒	(172) Taux élevé de cholestérol	☐	☒
(104) Allergie ou rhume des foins	☐	☒	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	☐	☒	(127) Maladie musculaire ou squelettique	☐	☒	(173) Epilepsie	☐	☒
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	☐	☒	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	☐	☒	(128) Toute autre maladie ou blessure	☐	☒	(174) Maladie mentale/suicide	☐	☒
									(175) Diabète	☐	☒
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	☐	☒	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	☐	☒	(129) Hospitalisation	☐	☒	(176) Tuberculose	☐	☒
(107) Tension artérielle élevée ou basse	☐	☒	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	☐	☒	(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	☐	☒	(177) Allergie/asthme/eczéma	☐	☒
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	☐	☒				(131) Assurance vie refusée pour motif médical	☐	☒	(178) Maladie héréditaire	☐	☒
(109) Diabète ou désordre hormonal	☐	☒	(120) Tentative de suicide ou automutilation	☐	☒	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	☐	☒	(179) Glaucome	☐	☒
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	☐	☒	(121) Mal des transports nécessitant médication	☐	☒	(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	☐	☒	A remplir uniquement pour les femmes (150) Affection(s) gynécologique(s), problèmes de menstruation		
(111) Surdité ou maladie des oreilles	☐	☒	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	☐	☒	(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	☐	☒			

(30) Remarques :

(11) 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 fausseté ou d'omission ou erreur, l'autorité compétente peut 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 MEDICALES : 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 pour ou dans le cadre d'un recours. En reconnaissant que ces documents ou données stockées électroniquement doivent être utilisés pour compléter une évaluation médicale et deviendront résulter la propriété de l'autorité qui délivre la licence, je conditionne.

NOTIFICATION DE DIVULGATION DE DONNEES PERSONNELLES : Je déclare par la présente que j'ai été informé(e) 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 informations requises dans l'ARA.MED.035 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assesses médicaux des autorités compétentes des Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date : 02/03/2026

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur

Signature du médecin examinateur : _____

Dr Patrick [illegible] REA
Médecine [illegible]
SN-MED-004
[illegible] FA-A 00773
[illegible]

Signature pour demande de Certificat médical ED Decision 2019/00275 03

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 : BDAHIMA Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 20/02/1974
Lieu de naissance : MBOUR

(201) Catégorie d'examen ☒ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 182 cm	(203) Poids 82 kg	(204) Yeux couleur Non	(205) Cheveux couleur Non	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 108 Diastolique 69	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 64 Rythme ☐ régulier ☐ irrégulier
--	------------------------	----------------------	---------------------------	------------------------------	--	--

Examen clinique : Cochez chaque item

(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	normal	anormal	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	normal	anormal
(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
PNC Air Sénégal SA, main, 8-10-15 sans

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	
Oeil gauche sans correction	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	

(230) Vision Intermédiaire N14 lu à 100cm

	sans correction	avec correction
Oeil droit	Oui	Non
Oeil gauche	Oui	Non
Vision binoculaire	Oui	Non

(231) de près N5 lu à 30 - 50cm

	sans correction	avec correction
Oeil droit	Oui	Non
Oeil gauche	Oui	Non
Vision binoculaire	Oui	Non

(232) Lunettes (233) Lentilles de contact

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

(313) Perception des couleurs Normale ☐ Anormale ☐
Tables pseudo-isochromatiques Type I S H I H A R A
Nombre de tables présentées 20 Nombre d'erreurs 0

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis) (si 239/241 non réalisé)
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur

Oreille droite	Oui ☒ Non ☐	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)
Normal ☐ Anormal ☐		Normal ☐ Anormal ☐	

(235) Analyse d'urine Normale ☐ Anormale ☐
Glucose Protéines Sang Autres

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	☒	02/03/2021	☒	☐
(239) Audiogramme	☒	02/03/2021	☒	☐
(240) Examen Ophtalmologique	☒	02/03/2021	☒	☐
(241) Examen ORL	☒	02/03/2021	☒	☐
(242) Lipides sanguins	☒	02/03/2021	☒	☐
(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 : Nom : Signature :
Apté

Dr Patrick CORREA
Médecin Aéro-nautique
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 : (249) L02 = 1,72 à 2,22 (L)
VDL
Apté PNE → 02-03-2021

(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 : et lieu : 03-03-2021	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 : Numéro d'AME :
--------------------------------------	---	---

✓ Date : 02/03/26

✓ Nom : FALL

✓ Prénom : IBRAHIMA

✓ Date de Naissance : 20/02/1974



AUDIOGRAMME

