

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

(1) Pays de délivrance de licence : <b>FRANCE</b>	(13) N° référence:	(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input checked="" type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/>
(3) Nom : <b>FADIA</b>	(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation
(5) Prénom(s) : <b>AL-HASSAN</b>	(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) <b>18-05-1982</b>	(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
(8) Lieu et pays de naissance : <b>BISSAU GUINÉE-BISSAU</b>	(9) Nationalité : <b>PORTUGAISE</b>	(14) Type de licence désirée :
(10) Adresse permanente : <b>Rue PAUL LANGEVIN</b>	(11) Adresse postale : (si différente)	(15) Profession (principale) : <b>PILOTE</b>
Pays : <b>CÔTE D'IVOIRE</b> N° de téléphone : <b>+225 0710719154</b> Courriel : <b>SomaFadia@gmail.com</b>	(16) Employeur : <b>AIR CÔTE D'IVOIRE</b>	(17) Dernier examen médical : Date : <b>03-03-2024</b> Lieu : <b>DAKAR</b>
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéros de licence Pays de délivrance <b>ATPL(CA) 72A-FCL-000354544 FRANCE</b>	(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :	(21) Nombre total d'heures de vol : <b>6500 H</b>
(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 :	(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : <b>500 H</b>	(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : <b>ATR-72-600</b>
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :	(25) Type de vol envisagé : <b>Commercial</b>	(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input checked="" type="checkbox"/>
(27) Consommez-vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités	(28) Prenez-vous actuellement des médicaments ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Nature et dose du médicament, depuis quand est-il pris et pourquoi :	
(29) Consommez-vous du tabac ? Non jamais <input type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt : Oui <input checked="" type="checkbox"/> type et quantité : <b>10 cigarette</b>		

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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(113) Traumatismes crâniens ou commotion	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(124) Test VIH positif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(170) Affection cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(104) Allergie ou rhume des foies	<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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(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) Exempt�� ou réformé du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(179) Glaucome	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
A remplir uniquement pour les femmes												
(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(151) Etes-vous enceinte ?										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

(30) Remarques :

(31) 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 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 aéro médicale 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 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 MFD.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 : **15-09-2025**

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

Dr Patrick MAREA  
Médecin   valuateur  
SN MED 004  
03032857 - FAA-00773



# RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : <b>FADIA</b>		Prénoms : <b>AL-HASSAN D.</b>		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): <b>18-05-1982</b>		Lieu de naissance : <b>Bissau</b>	
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <b>184 cm</b>	(203) Poids <b>100 kg</b>	(204) Yeux couleur <b>Noir</b>	(205) Cheveux couleur <b>Noir</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <b>130</b> Diastolique <b>86</b>	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) <b>78</b> 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"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" 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"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>

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

**CDS. An. Cote Exam. 43cm. Cedes 0.55.**

**Talae = 1015  
Aly = 1015  
Motte = 1015  
Spat = 1**

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

Œil droit sans correction	<b>0.3</b>	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	<b>0.3</b>	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	<b>0.3</b>	Corrigée à	

(230) **Vision Intermédiaire** N14 lu à 100cm

	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(231) **de près** N5 lu à 30 - 50cm

	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(232) **Lunettes** Oui ☐ Non ☒ Type : Réfraction Sph  
(233) **Lentilles de contact** Oui ☐ Non ☐ Type : Cylindre Axe Ajouter

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 réalisé)  
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur

	Oreille droite	Oreille gauche
Oui	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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** (g/dl)  
Normal ☒ Anormal ☐  
**Glg = 0.55**

(248) **Commentaires, limitations :**

**Apte classe 1 -> 10-09-2026**

(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 : <b>15-05-2025</b>	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : <b>Dr Patrick CORREA, 3, Av. des Ambassades, DAKAR SENEGAL</b>	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : <b>Dr Patrick CORREA, Médecin Aeronautique, SN-MED-004, DGAC N°3857 - FAA-00773</b>
E-mail :	Telephone :	Numéro d'AME :



A joindre à la licence

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

CLASSE 1 / 2 / LAPL  
CLASS 1 / 2 / LAPL

CERTIFICAT MÉDICAL  
Medical certificate

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE  
DIRECTION GÉNÉRALE  
DE L'AVIATION CIVILE  
CIVIL AVIATION ADMINISTRATION - FRANCE  
dgac

I	Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence
FRANIE	
III	Numéro de certificat / Certificate number
FRA-FCL-AH00354544	
IV	Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder
AH HAZIAN Di-Ravi F-ada	
XIV	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)
18-05-1982	
VI	Nationalité / Nationality
Bissau Guinée	
VII	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)
15-03-2026	
Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers	
15-03-2026	
Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations	
20-03-2026	
Classe 2 / Class 2	
15-03-2027	
LAPL / LAPL	
15-03-2027	

MED-020 Diminution de l'aptitude médicale

(a) Les titulaires de licence ne peuvent exercer de fonctions de pilote en tant que membres d'équipage ;

(b) En outre, les titulaires de licence sont soumis à des restrictions de vol :

(1) s'ils ont subi une opération chirurgicale ;

(2) s'ils ont entamé la prise régulière d'un médicament ;

(3) s'ils souffrent de toute blessure importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;

(4) s'ils souffrent d'une maladie importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;

(5) en cas de grossesse ;

(6) s'ils ont été admis dans un hôpital ou une clinique médicale ;

(7) s'ils ont besoin de verres correcteurs pour la première fois.

XIII	Limitations / Limitations
Code - Description / Code - Description	
15-03-2025	
Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor	
XI Cachet / Stamp	

MED-020 Decrease in medical fitness

(a) Licence holders shall not exercise the privileges of their licence and related responsibilities or certificates at any time when they :

(1) are aware of any condition which may affect their ability to exercise safely those privileges ;

(2) are taking medication which is likely to interfere with flight safety ;

(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 been advised by a medical professional that they are undergoing a surgical procedure ;

(2) have commenced the regular use of any medication ;

(3) have been advised by a medical professional that they are suffering from a condition which may affect their ability to function as a member of the flight crew ;

(4) have been advised by a medical professional that they are suffering from a condition which may affect their ability 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
15-03-2025
Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram
15-03-2025
Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram
08-03-2023