

# 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											
(3) Nom :		(4) Nom de naissance									
FAFIA		AL-HASSAN									
(5) Prénom(s) :		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA)									
AL-HASSAN		18.05.1982									
(8) Lieu et pays de naissance :		(9) Nationalité :									
BISSAU GUINÉE-BISSAU		PORTUGAISE									
(10) Adresse permanente :		(11) Adresse postale : (si différente)									
Rue PAUL LANGEVIN Pays : Côte d'Ivoire N° de téléphone : +225 0710715154 Courriel : Samafadia@gmail.com		Pays : N° de téléphone :									
(18) Licence(s) de vol possédée(s)											
types	Numéro de licence	Pays de délivrance									
ATPL(A)	714-FCL-AA00354544	FRANCE									
(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 :									
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ?											
Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date :		Lieu:									
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités											
(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 : 10 cigarette									
<b>Antécédents généraux et médicaux : avez vous des antécédents connus d'une des maladies suivantes ?</b> <b>A chaque question répondez en cochant OUI ou NON (ou selon ce qui est indiqué). Détaillez dans la rubrique « (30) remarques »</b>											
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"/>	<b>Antécédents familiaux</b>		
(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 crânien 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 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	<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, epilepsie, 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"/>	(176) Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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"/>	(177) Allergie/asthme/eczéma	<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"/>	(178) Maladie héréditaire	<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"/>	(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(179) Glaucome	<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"/>	(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	A remplir uniquement pour les femmes		
(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation											
(151) Etes-vous enceinte ?											

(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 déjà accordé ou refuser de me fournir un nouveau certificat médical, sans préjudice de toute autre action applicable en vertu du droit national.

CONSENTEMENT À 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 mon AME ainsi qu'aux professionnels de santé permanents 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 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.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 Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date : 15.09.2025

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 : <b>FAN</b>	Prénoms : <b>AL-HASSAN D.</b>	Date de naissance (JJ/MM/AAAA): <b>18.05.1982</b>				
(201) Catégorie d'examen	(202) Taille	(203) Poids	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg	(207) Pouls au repos
<input type="checkbox"/> Initial	184 cm	100 kg	Noir	Noir	Systolique 130	Diastolique 86
<input type="checkbox"/> Prorogation					Pulsations (bpm) 78	Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier
<input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement						<input type="checkbox"/> irrégulier
<input type="checkbox"/> Recours spécial						

**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 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, tympans, compliance tympanique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire	<i>CDB. Auc Côte Evans. 43ans. Cédés oœuf.</i>			<i>Todae=1615. Afg=0008. Jde=0008. Spat=I</i>	

**Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)**

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)		Lunettes/Contact	
Œil droit sans correction	03	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	03	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	03	Corrigée à	

**(230) Vision Intermédiaire**

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

**(231) de près**

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

**(232) Lunettes**

(233) Lentilles de contact	
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>
Oui <input type="checkbox"/>	
Non <input type="checkbox"/>	
Type :	

Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter

Œil droit

Œil gauche

**(313) Perception des couleurs**

Normale <input type="checkbox"/>		Anormale <input type="checkbox"/>	
Tables pseudo-isochromatiques		Type I S H I H A R A	
Nombre de tables présentées		90 Nombre d'erreurs 0	

**(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)**

(si 239/241 non réalisé)

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

**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 <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

131 (g/dl)

Normal  Anormal

Gly = 0.85

**(248) Commentaires, limitations :**

Apné clair. → 00-09-2026

**(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:

15.05.2025

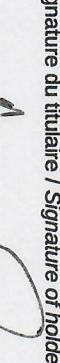
Fax:

Telephone:

Patrick CORREA  
3, AV. des Ambassades  
DAKAR SENEGAL

Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature:

Dr Patrick CORREA  
Médecine Aéronautique  
SN-MED-004  
DGAC N°3857 - FAA-00773

		I Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence	
<b>FRANCE</b>			
III	Numéro de certificat / Certificate number		
	<b>FRA-FCL-FA0354544</b>		
IV	Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder		
	<b>ARHAN DIBASİ FADI</b>		
V	XIV Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)		
	<b>18-05-1982</b>		
VI	Nationalité / Nationality		
	<b>BOSNIA HERZEGOVINA</b>		
VII	Signature du titulaire / Signature of holder		
			

II	<b>Certificat médical de Classe 1</b>
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 <i>single pilot commercial operations carrying passengers</i>
	<b>15-03-2028</b>
	Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 <i>other commercial operations</i>
	<b>30-05-2026</b>
	Classe 2 / Class 2
	<b>15-09-2027</b>
	LAPL / LAPL
	<b>15-09-2027</b>

**XIII Limitations / Limitations**  
**Code - Description / Code - Description**

<b>15-09-2025</b>	<b>08-09-2023</b>
<b>Date du dernier électrocardiogramme /</b> <b>Date of last electrocardiogram</b>	<b>Date du dernier audiogramme /</b> <b>Date of last audiogram</b>

<b>RÉPUBLIQUE FRANÇAISE</b> <b>DIRECTION GÉNÉRALE</b> <b>DE L'AVIATION CIVILE</b> <small>CIVIL AVIATION ADMINISTRATION - FRANCE</small>	 <b>CERTIFICAT MÉDICAL</b> <i>Medical certificate</i>	<b>CLASSE 1 / 2 / LAPL</b> <b>CLASS 1 / 2 / LAPL</b>	<b>European Union</b> <b>medical certificate</b> <b>Issued in accordance with Part-MED</b> <b>Complies with ICAO standards</b> <b>Except for the LAPL medical certificate</b>
<p><b>MED.A.020 Diminution de l'aptitude médicale</b></p> <p>a) Les titulaires de licence n'exercent à aucun moment les priviléges de leur licence et des qualifications ou certificats qui y sont liés s'ils :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ont connu une quelconque diminution de leur aptitude médicale susceptible de les rendre incapables d'exercer ces priviléges en toute sécurité ;</li> <li>2) prennent ou utilisent des médicaments prescrits ou non prescrits qui sont susceptibles d'influer sur l'exercice en toute sécurité des priviléges de la licence en question ;</li> <li>3) reçoivent tout traitement médical, chirurgical ou autre susceptible d'influer sur la sécurité des vols.</li> </ol> <p>b) En outre, les titulaires de licence tachent d'obtenir, sans retard indu, un avis aéromédical :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) s'ils ont subi une opération chirurgicale ou une procédure invasive ;</li> <li>2) s'ils ont entamé la prise régulière d'un médicament ;</li> <li>3) s'ils souffrent de toute blessure importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;</li> <li>4) s'ils souffrent d'une maladie importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;</li> <li>5) en cas de grossesse ;</li> <li>6) s'ils ont été admis dans un hôpital ou une clinique médicale ;</li> <li>7) s'ils ont besoin de verres correcteurs pour la première fois.</li> </ol> <p>A joindre à la licence</p>			

**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.