

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		(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 : MBENGUE		(4) Nom de naissance	
(5) Prénom(s) : EL HADJI B. SEDEKHE		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 02/06/1987 (7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	
(8) Lieu et pays de naissance : SENEGAL		(9) Nationalité : SENEGALAISE	
(10) Adresse permanente : THIAROYE AZUR SEP CO 2 VILLA N° 64 Pays : SENEGAL N° de téléphone : +221 775208769 Courriel : sedekhe@gmail.com		(11) Adresse postale : (si différente) Pays : N° de téléphone :	
(18) Licence(s) de vol possédée(s)			
types	Numéro de licence	Pays de délivrance	
CDL/H	FDA, FCL, CH 60314851	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: Détails :			
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input 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 : 0 cigarette Marlboro 1 jour			
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
(101) Maladie ou opération oculaire		(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact		(113) Traumatismes crânien ou commotion	
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen		(114) Maux de tête fréquents ou graves	
(104) Allergie ou rhume des foins		(115) Accès de vertige/évanouissement	
(105) Asthme ou maladie pulmonaire		(116) Perte de conscience quel que soit le motif	
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux		(117) Affection neurologique : AVC, epilepsie, convulsions, paralysie, etc...	
(107) Tension artérielle élevée ou basse		(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines		(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	
(109) Diabète ou désordre hormonal		(120) Tentative de suicide ou automutilation	
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins		(121) Mal des transports nécessitant médication	
(111) Surdité ou maladie des oreilles		(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	
Antécédents familiaux			
(123) Paludisme, autre maladie tropicale		(124) Test VIH positif	
(125) Maladie sexuellement transmissible		(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	
(127) Maladie musculaire ou squelettique		(128) Toute autre maladie ou blessure	
(129) Hospitalisation		(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	
(131) Assurance vie refusée pour motif médical		(132) Refus de licence de vol pour motif médical	
(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical		(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	
A remplir uniquement pour les femmes			
(135) Grossesse		(136) Allaitement	
(137) Ménopause		(138) Menstruation	
(139) Antécédents de cancer		(140) Antécédents de maladie cardiaque	
(141) Antécédents de maladie pulmonaire		(142) Antécédents de maladie hépatique	
(143) Antécédents de maladie rénale		(144) Antécédents de maladie articulaire	
(145) Antécédents de maladie oculaire		(146) Antécédents de maladie auditive	
(147) Antécédents de maladie cardiaque		(148) Antécédents de maladie vasculaire	
(149) Antécédents de maladie neurologique		(150) Antécédents de maladie gynécologique, problèmes de menstruation	
(151) Etes-vous enceinte ?			
(30) Remarques : <i>120 : Visite médicale annexe 117 : Peine et soeur test négatif</i>			

(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 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 deviennent 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 DONNEES 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 États membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.130 (b) (4).

Date : **03/09/2025**

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 : MBENGUE		Prénoms : EL HADJI B. SEDEKHE		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 09/05/1987																										
(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	<input type="checkbox"/> Prorogation	187 cm	65 kg	Normau	NDR	Systolique 135	Diastolique 81	Pulsations (bpm) 81	Rythme régulier																					
<input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement	<input type="checkbox"/> Recours spécial								<input type="checkbox"/> irrégulier																					
Examen clinique : Cochez chaque item																														
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu (209) Cavité bucale, gorge, dents (210) Nez, sinus (211) Oreilles, tympans, compliance tympanique (212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels (213) Yeux - pupilles (214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus (215) Poumons, thorax, seins (216) Cœur (217) Système vasculaire (228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire					normal	anormal	normal	anormal																						
(218) Abdomen, hernie, foie, rate (219) Anus, rectum (si nécessaire) (220) système génito-urinaire (221) Système endocrinien, thyroïde (222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations (223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique (224) Examen neurologique- réflexes etc (225) Psychiatrie (226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique (227) Etat général																														
• Pilote hélicoptère Armée de l'Air, Doré 3-9-26, Tebœuf = 0, Alcool = 0, Sport = +, Nodet = 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	10	Corrigée à			Glucose	Protéines	Sang	Autres																						
Œil gauche sans correction	10	Corrigée à			Rapports annexés																									
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à			Non réalisé	Date	normal	anormal																						
(230) Vision Intermédiaire sans correction avec correction N14 lu à 100cm Œil droit Qui Non Oui Non Œil gauche Qui Non Oui Non Vision binoculaire Qui Non Oui Non																														
(231) de près sans correction avec correction N5 lu à 30 - 50cm Qui Non Oui Non Œil droit Qui Non Oui Non Œil gauche Qui Non Oui Non Vision binoculaire Qui Non Oui Non																														
(232) Lunettes Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>		(233) Lentilles de contact Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>		Type :																										
Type :																														
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter																										
Œil droit																														
Œil gauche																														
(313) Perception des couleurs Normale <input checked="" type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/> 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) Oreille droite Oreille gauche Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur Oui <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>																														
Audiométrie éventuelle <table border="1"> <tr> <td>Hz</td> <td>500</td> <td>1000</td> <td>2000</td> <td>3000</td> <td>4000</td> <td>6000</td> </tr> <tr> <td>Oreille droite</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Oreille gauche</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000	Oreille droite							Oreille gauche						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000																								
Oreille droite																														
Oreille gauche																														
(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine VEMS/CV % Peak Flow (l/min) 11.5 (g/dl) Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>																														
(248) Commentaires, limitations : <p style="text-align: right;">Apté classe 1 → 03-09-2026</p>																														
(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 : 09-09-2025 et lieu:		Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL Fax: Telephone: E-mail:				Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : Dr Patrick CORREA Médecin Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773 Numéro d'AME:																								

I	Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence
FRA-NF	
III	Número de certificat / Certificate number
FRA-FCL-C 400314851	
IV	Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder
ER Hadij Baye Sidiaka	
V	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)
02-06-1987	
VI	Nationalité / Nationality
Sénégalaise	
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)
03-09-2035	
X	Classe 1 exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers
03-09-2026	
XI	Classe 1 autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations
03-09-2026	
XII	Date de délivrance / Date of issue
04-09-2025	
XIII	Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor
	

XIV	Date de l'examen médical / Date of medical examination
03-09-2035	
XV	Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram
03-09-2025	
XVI	Date du dernier audiogramme / Date of last audiology
03-09-2025	
XVII	XI Cachet / Stamp
Dr Patrick CORREA Médecin Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°1851 14-00111	

XVIII	Limitations / Limitations
Code - Description / Code - Description	

REPUBLIQUE FRANCAISE

DIRECTION GENERALE
DE L'AVIATION CIVILE

CIV Aviation Autorité Nationale France



CERTIFICAT MÉDICAL

Medical certificate

CLASSE 1 / 2 / LAPL
CLASS 1 / 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
Perfomring to Part-FCL license

MED A 020 Diminution de l'aptitude médicale

- 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, avoiding incapacity as its function as a member of the flight crew.
 - 5) are pregnant.
 - 6) have been admitted to hospital or medical clinic first requiring correcting lenses
 - 7) suffer from any other condition which may affect their ability to fly

- a) Les titulaires de licence n'exercent à aucun moment les priviléges de leur licence et des qualifications ou certificats qu'ils sont les suivants :
- 1) ont connaissance d'une quelconque diminution de leur aptitude médicale susceptible de les rendre incapables d'exercer ces priviléges en toute sécurité
 - 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
 - 3) reçoivent tout traitement médical, chirurgical ou autre susceptible d'influer sur la sécurité des vols
- b) En outre, les titulaires de licence doivent demander sans retard initial un avis aéromédical :
- 1) s'ils ont subi une opération chirurgicale ou une procédure invasive
 - 2) s'ils ont entamé la pose 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