

**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:	
(3) Nom : <b>MBENGUE</b>	(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input checked="" type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/>	
(5) Prénom(s) : <b>EL HADJI B. SEDEKHE</b>	(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation
(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) <b>02/06/1987</b>	(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	(14) Type de licence désirée : <b>ASPH</b>
(8) Lieu et pays de naissance : <b>SENEGAL</b>	(9) Nationalité : <b>SENEGALAISE</b>	(15) Profession (principale) : <b>Pilote</b>
(10) Adresse permanente : <b>THIADYE AZUR SEP CO2 VILLA N° 64 Pays : SENEGAL N° de téléphone : +221 785 208 769 Courriel : sedekhe@gmail.com</b>	(11) Adresse postale : (si différente)	(16) Employeur :
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéro de licence Pays de délivrance <b>CDL/H FRA.FCL.CH60314851 FRANCE</b>		(17) Dernier examen médical : Date : <b>17/07/2019</b> Lieu : <b>Dakar</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 : Détails :		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 :		(21) Nombre total d'heures de vol : <b>1800 H</b>
(27) Consommez-vous de l'alcool ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : <b>600 H</b>
(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>07 cigarettes Harbors 1 jour</b>		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : <b>Mi-17 AW-139 Mi-35</b>
(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input checked="" type="checkbox"/> Multipilote <input checked="" type="checkbox"/>		(25) Type de vol envisagé :
(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 :		

**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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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"/>		
(102) Avez-vous porté ou portez-vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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"/>		
(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"/>		
(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"/>		
(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"/>		
(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"/>		
(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"/>		
(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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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"/>		
(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"/>		
(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"/>		
				(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie				<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
								(170) Affection cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
								(171) Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
								(172) Taux élevé de cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
								(173) Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
								(174) Maladie mentale/suicide	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
								(175) Diabète	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
								(176) Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
								(177) Allergie/asthme/eczéma	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								(178) Maladie héréditaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
								(179) Glaucome	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
								<b>A remplir uniquement pour les femmes</b>		
								(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 : **130 : Visite médicale Année 177 : Parc d'atterrissage éloigné**

(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.

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 mises 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.130 (c) (4).

Date : **07/09/2025**

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

**DR THIBAUD CORREA**  
Médecin Aéronautique  
SN-004  
0646 N°3857 - 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 : **MBESQUE** Prénoms : **EL HADJI B. SEDEKHE** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **02/05/1987**  
Lieu de naissance : **02/05/1987**

(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>187</b> cm	(203) Poids <b>105</b> kg	(204) Yeux couleur <b>Normal</b>	(205) Cheveux couleur <b>Noir</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <b>135</b> Diastolique <b>81</b>	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) <b>81</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"/>	<input type="checkbox"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire  
**Pilote hélicoptère Armée de l'Air, Navie 3 → pte.**  
**Tabac = 0**  
**Alcool = 0**  
**Spurk = +**  
**Rejet = 0**

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

Ceil droit sans correction	<b>10</b>	Corrigée à	
Ceil gauche sans correction	<b>10</b>	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	<b>10</b>	Corrigée à	

(230) **Vision Intermédiaire** sans correction avec correction  
N14 lu à 100cm  
Ceil droit ☒ ☐ ☐ ☐  
Ceil gauche ☒ ☐ ☐ ☐  
Vision binoculaire ☒ ☐ ☐ ☐

(231) **de près** sans correction avec correction  
N5 lu à 30 - 50cm  
Ceil droit ☒ ☐ ☐ ☐  
Ceil gauche ☒ ☐ ☐ ☐  
Vision binoculaire ☒ ☐ ☐ ☐

(232) **Lunettes** Oui ☐ Non ☒ (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 **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'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** VEMS/CV % Peak Flow (l/min) (g/dl)  
Normal ☐ Anormal ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Normal ☒ Anormal ☐

(237) **Hémoglobine** **11.5** (g/dl)  
Normal ☒ Anormal ☐


(248) **Commentaires, limitations :**  
**Apte classe 1 → 03-09-2026**

(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.


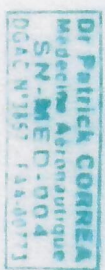
(250) date : **09-09-2025** et lieu : **3, Av. des Ambassadeurs DAKAR SENEGAL**

Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé :  
Fax :  
Telephone :  
E-mail :

Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature :  
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	FRANCE
III	Numéro de certificat / Certificate number	FR4-FEL-CH00314851
IV	Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder	ER Hadji Boue Sedehie M. H. Boue Sedehie
XIV	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)	02-06-1987
VI	Nationalité / Nationality	Senegalaise
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)
Classe 1, exploitation commerciale monoplane avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers 03-03-2026 Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations 03-03-2026 Classe 2 / Class 2 03-03-2030 LAPL / LAPL 03-03-2030	

XIII Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description	
X	Date de délivrance / Date of issue
04-03-2025 Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor  XI Cachet / Stamp 	

Date de l'examen médical / Date of medical examination	
03-03-2025	
Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram	
03-03-2025	
Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram	
03-03-2025	

**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 and undergo a surgical operation or invasive procedure
- 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

**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 qualifications ou certificats qui y sont liés s'ils
- 1) ont connaissance d'une quelconque diminution de leur aptitude médicale susceptible de les rendre incapables d'exercer ces privilèges 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 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 doivent d'obtenir, sans retard induit, un avis aéromédical
- 1) s'ils ont subi une opération chirurgicale ou une procédure invasive
  - 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



REPUBLIQUE FRANÇAISE

DIRECTION GENERALE  
DE L'AVIATION CIVILE

Chiffre Aérien Aviation Civile - 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  
Pertaining to a Part-FCL licence