

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:	
		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input type="checkbox"/> Classe 2 <input checked="" type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input checked="" type="checkbox"/>	
(3) Nom : <i>Sarr</i>		(4) Nom de naissance	
(5) Prénom(s) : <i>Khoridia</i>		(6) Date de naissance (jj/mm/aaaa) <i>09/10/1995</i>	(7) Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input checked="" type="checkbox"/>
(8) Lieu et pays de naissance : <i>Sénégal Dakar Sénégalaise</i>		(9) Nationalité :	
(10) Adresse permanente : <i>Keur Mbaye Fall</i> Pays : <i>Sénégal</i> N° de téléphone : <i>77 864 05 39</i> Courriel : <i>Sarr.Khoridia1@gmail.com</i>		(11) Adresse postale : (si différente)	
Pays : <i>Sénégal</i> N° de téléphone : <i>77 864 05 39</i>		Pays : <i>Sénégal</i> N° de téléphone : <i>77 864 05 39</i>	
(18) Licence(s) de vol possédée(s)		Numéro de licence	Pays de délivrance
types			
(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 type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Date : Lieu: Détails :			
(21) Nombre total d'heures de vol :			
(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :			
(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :			
(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 :			
(25) Type de vol envisagé :			
(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input type="checkbox"/>			
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input 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 checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt : Oui <input type="checkbox"/> type et quantité :			

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		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Antécédents familiaux <input checked="" type="checkbox"/>	
(101) Maladie ou opération oculaire				(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage				(123) Paludisme, autre maladie tropicale	
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact				(113) Traumatismes crânien ou commotion				(124) Test VIH positif	
				(114) Maux de tête fréquents ou graves				(125) Maladie sexuellement transmissible	
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen				(115) Accès de vertige/évanouissement				(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	
(104) Allergie ou rhume des foins				(116) Perte de conscience quel que soit le motif				(127) Maladie musculaire ou squelettique	
(105) Asthme ou maladie pulmonaire				(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...				(128) Toute autre maladie ou blessure	
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux				(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature				(129) Hospitalisation	
(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	
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines				(120) Tentative de suicide ou automutilation				(131) Assurance vie refusée pour motif médical	
(109) Diabète ou désordre hormonal								(132) Refus de licence de vol pour motif médical	
(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	
(111) Surdit ou maladie des oreilles				(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines				(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	
								(151) Etes-vous enceinte ?	

**A remplir uniquement pour les femmes**

(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	
---	--

(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 traitant 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 puise y avoir accès conformément à la législation nationale. Le secret médical sera respecté à tout moment et la 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'AFRA 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 Etats membres afin de faciliter l'application de l'AFRA MED.150. (g) (4).

Date : *07/11/2025*

Signature du demandeur :

*Sarr*

Signature du médecin examinateur :

*Médecin examinateur : SARR SARR CORREA  
DÉPL. N° 2025-073*

Ref Formulaire pour demande de certificat médical ED Decision 2019/01/RK 03.09.2019

**RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL**  
(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)  
POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - **SECRET MEDICAL**

NOM : <i>Sarr</i>		Prénoms : <i>Khoudia</i>		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): <i>09/10/1995</i>																																																																							
(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	<i>173</i> cm	<i>80</i> kg	<i>brun</i>	<i>brun</i>	Systolique <i>135</i>	Diastolique <i>39</i>	Pulsations (bpm) <i>92</i>	Rythme <input type="checkbox"/> régulier <input checked="" type="checkbox"/> irrégulier																																																																		
<b>Examen clinique : Cochez chaque item</b>																																																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 20%;">(208) Tête, face, cou, cuir chevelu</th> <th style="text-align: center; width: 10%;">normal</th> <th style="text-align: center; width: 10%;">anormal</th> <th style="text-align: left; width: 20%;">(218) Abdomen, hernie, foie, rate</th> <th style="text-align: center; width: 10%;">normal</th> <th style="text-align: center; width: 10%;">anormal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>(209) Cavité bucale, gorge, dents</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>(219) Anus, rectum (si nécessaire)</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>(210) Nez, sinus</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>(220) système génito-urinaire</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>(221) Système endocrinien, thyroïde</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>(213) Yeux - pupilles</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>(224) Examen neurologique- réflexes etc</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>(215) Poumons, thorax, seins</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>(225) Psychiatrie</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>(216) Cœur</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>(217) Système vasculaire</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>(227) Etat général</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>										(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	normal	anormal	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	normal	anormal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<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"/>
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	normal	anormal	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	normal	anormal																																																																						
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<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																																																																											
<i>PNC Air Sengel 8A, Novice T-6, VDL 30 ans</i>																																																																											

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

(229) (de loin à (5m/6m en <b>dixième</b> )		Lunettes/Contact	
Œil droit sans correction		Corrigée à <i>✓</i>	
Œil gauche sans correction		Corrigée à <i>✓</i>	
Vision binoculaire, sans correction		Corrigée à <i>✓</i>	

**(230) Vision Intermédiaire**

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

**(231) de près**

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

**(232) Lunettes**

(233) Lentilles de contact	
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Type : <i>✓</i>	Type : <i>✓</i>
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 <i>20</i>		Nombre d'erreurs <i>0</i>	

**(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		Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/>		Non <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input 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"/>
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input checked="" type="checkbox"/>

**(248) Commentaires, limitations :**

*VDL*

**(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:

*10.11.825*

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:

*Dr PATRICK CORREA*  
Médecin Aéronautique  
SN-MED-004  
DGAC N°3857 - FAA-00773

Réf Rapport examen médical 03.09.2019

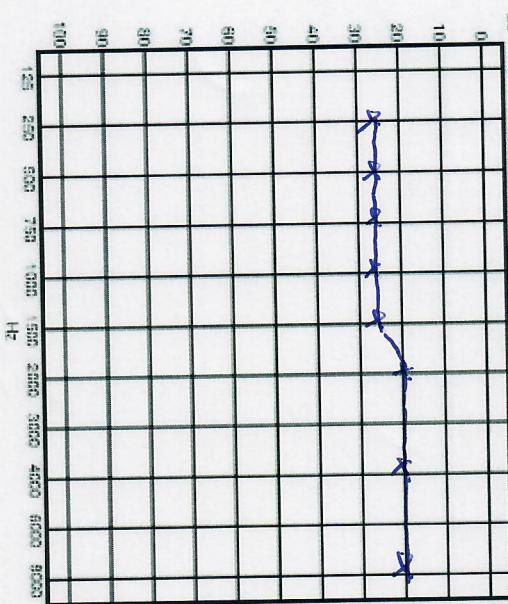
Date : 07/11/2025  
Nom : Sass Khoudia

Prenom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : 09/10/1995

## AUDIOGRAMME

0. DROITE



0. GAUCHE

