

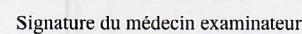
FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL  
POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence : <b>FRANCE</b>		(13) N° référence: <b>ATPL</b>													
(3) Nom : <b>OUDIANE</b>		(4) Nom de naissance : <b>OUDIANE</b>													
(5) Prénom(s) : <b>MICHEL PIERRE</b>		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) <b>13/12/1986</b>	(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>												
(8) Lieu et pays de naissance : <b>DAKAR - SENEGAL</b>		(9) Nationalité : <b>SENEGAL</b>	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation												
(10) Adresse permanente : <b>257 Rue 8 BOPP DAKAR</b> Pays : <b>SENEGAL</b> N° de téléphone : <b>781324288</b> Courriel : <b>MIKE.AVIATION@ICLOUD.COM</b>		(11) Adresse postale : (si différente)  Pays : N° de téléphone :	(14) Type de licence désirée : <b>ATPL</b>												
(18) Licence(s) de vol possédée(s)		(16) Employeur : <b>AIR SENEGAL SA</b>	(15) Profession (principale) : <b>PILOTE</b>												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>types</th> <th>Numéro de licence</th> <th>Pays de délivrance</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ATPL</td> <td>ERA.FCL-AA00330620</td> <td>FRANCE</td> </tr> <tr> <td>CPL</td> <td>CAP06573</td> <td>CANADA</td> </tr> <tr> <td>CPL</td> <td>CPLA-0001-23052019</td> <td>SENEGAL</td> </tr> </tbody> </table>		types	Numéro de licence	Pays de délivrance	ATPL	ERA.FCL-AA00330620	FRANCE	CPL	CAP06573	CANADA	CPL	CPLA-0001-23052019	SENEGAL	(17) Dernier examen médical : Date : <b>30-10-2024</b> Lieu : <b>DAKAR</b>	(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :
types	Numéro de licence	Pays de délivrance													
ATPL	ERA.FCL-AA00330620	FRANCE													
CPL	CAP06573	CANADA													
CPL	CPLA-0001-23052019	SENEGAL													
(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 :		(21) Nombre total d'heures de vol : <b>3856</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: Détails :		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : <b>478</b>													
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> consommation journalière unités		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : <b>A330</b>													
(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 :		(25) Type de vol envisagé : <b>COMMERCIAL</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		(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage		(123) Paludisme, autre maladie tropicale		<input checked="" type="checkbox"/> <b>Antécédents familiaux</b>	
(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		<input checked="" type="checkbox"/> (170) Affection cardiaque <input type="checkbox"/>	
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen		(114) Maux de tête fréquents ou graves		(125) Maladie sexuellement transmissible		<input checked="" type="checkbox"/> (171) Hypertension artérielle <input type="checkbox"/>	
(104) Allergie ou rhume des foins		(115) Accès de vertige/évanouissement		(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil		<input checked="" type="checkbox"/> (172) Taux élevé de cholestérol <input type="checkbox"/>	
(105) Asthme ou maladie pulmonaire		(116) Perte de conscience quel que soit le motif		(127) Maladie musculaire ou squelettique		<input checked="" type="checkbox"/> (173) Epilepsie <input type="checkbox"/>	
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux		(117) Affection neurologique : AVC, epilepsie, convulsions, paralysie, etc...		(128) Toute autre maladie ou blessure		<input checked="" type="checkbox"/> (174) Maladie mentale/suicide <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> (175) Diabète <input type="checkbox"/>	
(107) Tension artérielle élevée ou basse		(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature		(129) Hospitalisation		<input checked="" type="checkbox"/> (176) Tuberculose <input type="checkbox"/>	
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines		(120) Tentative de suicide ou automutilation		(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical		<input checked="" type="checkbox"/> (177) Allergie/asthme/eczéma <input type="checkbox"/>	
(109) Diabète ou désordre hormonal		(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue		(131) Assurance vie refusée pour motif médical		<input checked="" type="checkbox"/> (178) Maladie hérititaire <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> (179) Glaucome <input type="checkbox"/>	
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins		(121) Mal des transports nécessitant médication		(132) Refus de licence de vol pour motif médical		<b>A remplir uniquement pour les femmes</b>	
(111) Surdité ou maladie des oreilles		(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines		(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical		<input checked="" type="checkbox"/> (150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation <input type="checkbox"/>	
(30) Remarques :						<input checked="" type="checkbox"/> (151) Etes-vous enceinte ? <input type="checkbox"/>	

(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 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 MF.D.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 : <b>31/10/2025</b>	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>OUDIANE</b>		Prénoms : <b>MICHEL PIERRE</b>		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): Lieu de naissance :			
(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					Systolique	Diastolique	Pulsations (bpm)
<input type="checkbox"/> Prorogation							Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> irrégulier
<input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement	<b>1.90</b> cm	<b>94</b> kg	<b>Nvr</b>	<b>Nvr</b>	<b>124</b>	<b>87</b>	<b>61</b>
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, 38ans, Air Senegal A330. Nativ 2 enfants, motivé, BEG  
Tabac=0 Alcool occasionnel, Sport+, Nuits=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	<b>10</b>	Corrigée à	
Œil 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		Oui	Non
Œil droit		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(231) de près		sans correction	avec correction
N5 lu à 30 - 50cm		Oui	Non
Œil droit		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire		<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>
Type :		Type :	
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe
Œil droit			Ajouter
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	<b>10</b>	Nombre d'erreurs	<b>0</b>

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)		Oreille droite	Oreille gauche
(si 239/241 non réalisé)		Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>
Test de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur		Non <input 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)	<b>10.6</b>	(g/dl)
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>

(248) Commentaires, limitations :

(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:** 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:

Réf Rapport examen médical 03.09.2019

Nom : .... OU DIANE .....

Prénom : .... MICHEL PIERRE .....

Date de Naissance : .... 13/12/1986 .....

Lieu de Naissance : .... DAKAR .....

Numéro Tél. : .... 78 132 42 86 .....

Poids : .... 94<sup>kg</sup> ( 94 Kg ) .....

Taille : .... 1<sup>m</sup>90 .....

T.A : .... 126/87 .....

Pouls : .... 61 .....

unmes : 0 Gly 0.69 Ng 10.6

BP 5606 Dakar-Fann - Tel./Fax : 33 824 26 71

Saw e

$$OD = 10$$

06 : 10

$$2y : 10$$

15h 20

Chp 015

not ok

RCot, 38°cava, the Señor  
A 330', Ren, 200- to  
Rohre, 1300', 100-0  
Hoch, 1000-0