

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 : OUDIANE		(4) Nom de naissance OUDIANE													
(5) Prénom(s) : MICHEL PIERRE		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 13/12/1986 (7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>													
(8) Lieu et pays de naissance : DAKAR - SENEGAL		(9) Nationalité : SENEGAL													
(10) Adresse permanente : 257 Rue 8 BOPP DAKAR SENEGAL Pays : SENEGAL N° de téléphone : 781324288 Courriel : MIKE.AVIATION@GMAIL.COM		(11) Adresse postale : (si différente) Pays : N° de téléphone :													
(18) Licence(s) de vol possédée(s)		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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>CA906573</td> <td>CANADA</td> </tr> <tr> <td>CPL</td> <td>EPLA-0001-23052019</td> <td>SENEGAL</td> </tr> </tbody> </table>		types	Numéro de licence	Pays de délivrance	ATPL	ERA.FCL-AA00330620	FRANCE	CPL	CA906573	CANADA	CPL	EPLA-0001-23052019	SENEGAL
types	Numéro de licence	Pays de délivrance													
ATPL	ERA.FCL-AA00330620	FRANCE													
CPL	CA906573	CANADA													
CPL	EPLA-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 :		(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation													
(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 :		(14) Type de licence désirée : ATPL													
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> consommation journalière unités		(15) Profession (principale) : PILOTE													
(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 :		(16) Employeur : AIR SENEGAL SA													
(21) Nombre total d'heures de vol : 3856		(17) Dernier examen médical : Date : 30-10-2024 Lieu : DAKAR													
(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : A330		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :													
(25) Type de vol envisagé : COMMERCIAL		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 478													
(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input checked="" type="checkbox"/>		(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
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(101) Maladie ou opération oculaire		(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage		(123) Paludisme, autre maladie tropicale		Antécédents familiaux	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(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		(170) Affection cardiaque	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(171) Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> <input checked="" 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		(172) Taux élevé de cholestérol	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(173) Epilepsie	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
(104) Allergie ou rhume des foins		(115) Accès de vertige/évanouissement		(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil		(174) Maladie mentale/suicide	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(175) Diabète	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
(105) Asthme ou maladie pulmonaire		(116) Perte de conscience quel que soit le motif		(127) Maladie musculaire ou squelettique		(176) Tuberculose	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(177) Allergie/asthme/eczéma	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux		(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...		(128) Toute autre maladie ou blessure		(178) Maladie héréditaire	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(179) Glaucome	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
(107) Tension artérielle élevée ou basse		(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature		(129) Hospitalisation		A remplir uniquement pour les femmes	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines		(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue		(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(151) Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
(109) Diabète ou désordre hormonal		(120) Tentative de suicide ou automutilation		(131) Assurance vie refusée pour motif médical		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(111) Surdité ou maladie des oreilles		(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines		(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

(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 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 puissent 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'ARAMED/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 (e) (4).

Date : **31/10/2025**

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

Ref Formulaire pour demande de certificat médical ED/Decision 2019/002/R 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 : OUDIANE		Prénoms : MICHEL PIERRE		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): Lieu de naissance :				
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial		(202) Taille 1.90 cm	(203) Poids 94 kg	(204) Yeux couleur Nar	(205) Cheveux couleur Ajor	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 124 Diastolique 87		(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 61 Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> irrégulier
Examen clinique : Cochez chaque item								
				normal	anormal			
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(218) Abdomen, hernie, foie, rate		
(209) Cavité bucale, gorge, dents				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)		
(210) Nez, sinus				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire		
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde		
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations		
(213) Yeux – pupilles				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique		
(214) Yeux – mobilité oculaire, nystagmus				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc		
(215) Poumons, thorax, seins				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie		
(216) Cœur				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique		
(217) Système vasculaire				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général		
(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire								
<i>Pilote, 38 ans, Air Senegal A330. Navig 2 effts, motivé, BEG Tabaco Alcool occasionnel, Sport+, Nuits=0</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	<input checked="" type="checkbox"/>	Corrigée à							
Œil gauche sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>	Corrigée à							
Vision binoculaire, sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>	Corrigée à							
(230) Vision Intermédiaire									
sans correction avec correction									
N14 lu à 100cm	Qui	Non	Oui	Non					
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	Qui	Non	Oui	Non					
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 checked="" type="checkbox"/>						
Type :	Type :								
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe						
Œil droit									
Œil gauche									
(313) Perception des couleurs									
Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/>									
Tables pseudo-isochromatiques Type I SHIHARA									
Nombre de tables présentées 20 Nombre d'erreurs 0									
(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)									
(si 239/241 non réalisé)									
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur									
Oreille droite	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oreille gauche	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>				
Oreille droite			Oreille gauche						
Oreille gauche			Oreille droite						
(236) Fonction respiratoire									
(237) Hémoglobine									
VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)	(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 :								
<i>Apté dorsal → 31-10-2026</i>								

(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 : 03-11-2025		Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé: Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL						
et lieu:		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						
Fax:		Numéro d'AME:						
Telephone:		E-mail:						

XI Cachet / Stamp	 <p style="font-size: small;">Dr Patrick CORREA Médecin Aéronautique SN-BIE D-004 DGAC N°287 - FAA 00773</p>
Date du dernier audiogramme / Date of last audigram	<p style="font-size: x-large;">30-10-2024</p>

II Certificat médical de Classe 1 Class 1 medical certificate	
XI 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 single pilot commercial operations carrying passengers
XIII Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description	<p><input checked="" type="checkbox"/> Date de délivrance / Date of issue <i>01-11-2015</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor <i>[Signature]</i></p>
XI Cachet / Stamp	<p><input checked="" type="checkbox"/> Classe 2 / Class 2 <i>31-10-2026</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations <i>31-10-2026</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> LAPL / LAPL <i>31-10-2030</i></p>

I	Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence	
	FANTOME	
II	Numéro de certificat / Certificate number	
	FR-A-FCI-AN 0033-06-29	
IV	Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder	
	Sundine Michèle Piezzo	
XIV	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)	13-12-1986
VI	Nationalité / Nationality	
	Suisse	
VII	Signature du titulaire / Signature of holder	
		

**CLASSE 1 / 2 / LAPL
CLASS 1 / 2 / LAPL**

European Union
medical certificate
Issued in accordance with Part-MED
Compiles with ICAO standards
Except for the LAPL medical certificate