

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 : BADIANE	(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) : Ephadji I.BN	(4) Nom de naissance		
(8) Lieu et pays de naissance : TAIBA NDAYE / SENEGAL	(6) Date de naissance (jj/MM/AAAA) 07/07/1998 (7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>		
(10) Adresse permanente : Kew Masse, SÉNÉGAL Pays : SENÉGAL N° de téléphone : 77-624-53-47 Courriel : badianeishahima.179@gmail.com	(9) Nationalité : Sénégalaise		
(11) Adresse postale : (si différente)	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation		
Pays : N° de téléphone :	(14) Type de licence désirée : PILOTE DE LIGNE		
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types	(15) Profession (principale) : ELEVE PILOTE		
Numéro de licence	(16) Employeur : AIR SÉNÉGAL		
Pays de délivrance	(17) Dernier examen médical : Date : 04-06-2024 Lieu : AMS		
(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :			
(21) Nombre total d'heures de vol : 222H45 (22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :			
(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : MULTIENGINE-PISTON			
(25) Type de vol envisagé : VOLS D'INSTRUCTION			
(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:			
(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 checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités (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		
(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"/>	Antécédents familiaux
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(113) Traumatismes crânien ou commotion	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(124) Test VIH positif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(170) Affection cardiaque
(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"/>	(171) Hypertension artérielle
(104) Allergie ou rhume des fous	<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"/>	(172) Taux élevé de cholestérol
(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"/>	(173) Epilepsie
(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"/>	(174) Maladie mentale/suicide
(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"/>	(175) Diabète
(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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(176) Tuberculose
(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"/>	(177) Allergie/asthme/eczéma
(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"/>	(178) Maladie héréditaire
(111) Surdit 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) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(179) Glaucome
A remplir uniquement pour les femmes									
(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation									
(151) Etes-vous enceinte ?									

(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. professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une évaluation aéro-médicale ou dans la cadre d'un recours. En reconnaissant que ces documents ou données stockées électroniquement doivent être utilisés pour compléter une évaluation aéro-médicale et deviendront et 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 MED.A.035 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des Etats membres afin de faciliter l'application l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date : **24/07/2025**

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

Dr Patrick CORREA
Médecin Aéronautique
Ref Formulaire pour demande de certificat médical RAR.DOC.2019.002/A 03.09.2019
DGAC 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 : BADIANE		Prénoms : ELHADJI I.B.N		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 07/07/1998 Lieu de naissance : TAIBA NDIAYE			
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial		(202) Taille 186 cm	(203) Poids 70 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 113 Diastolique 86	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 89 Rythme REG
Examen clinique : Cochez chaque item							
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu		normal <input checked="" type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	(218) Abdomen, hernie, foie, rate		normal <input type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents		normal <input checked="" type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)		normal <input checked="" type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus		normal <input checked="" type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire		normal <input checked="" type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique		normal <input checked="" type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde		normal <input checked="" type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels		normal <input checked="" type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations		normal <input checked="" type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles		normal <input checked="" type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique		normal <input checked="" type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus		normal <input checked="" type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc		normal <input checked="" type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins		normal <input checked="" type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie		normal <input checked="" type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>
(216) Cœur		normal <input checked="" type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique		normal <input checked="" type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire		normal <input checked="" type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	(227) Etat général		normal <input checked="" type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>
(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire							
<p><i>BP ton sexuel 3^e (Besoins d'urine) 27 ans</i> <i>Tolue = 0</i> <i>Célibataire sans enfant - PVC</i> <i>Alcool = 0</i> <i>Sport = +</i> <i>Nobio = 0</i></p>							

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)							
(229) (de loin à (5m/6m en dixième) Lunettes/Contact							
Œil droit sans correction	7	Corrigée à		Œil gauche sans correction	3	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	8	Corrigée à					
(230) Vision Intermédiaire sans correction avec correction							
N14 lu à 100cm	Qui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Œil droit	7	
Œil gauche	7		7		Vision binoculaire	7	
(231) de près sans correction avec correction							
N5 lu à 30 - 50cm	Qui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Œil droit	7	
Œil gauche	7		7		Vision binoculaire	7	
(232) Lunettes							
Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	(233) Lentilles de contact					
Type :		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>				
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter			
Œil droit							
Œil gauche							
(313) Perception des couleurs Normale <input 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 1					
(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	Oreille gauche				
Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	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)	11.8 (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 : (247) : Conception aéronautique							
<p><i>VDL.</i></p> <p><i>Apté classe 1 → 24-07-2026</i></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 : 29-07-2025	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé: <i>Dr Patrick CORREA</i> <i>DSAC</i> <i>SN-MED-004</i> <i>DGAC N°3857-FAC-00773</i>			Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature: <i>Dr Patrick CORREA</i> <i>DSAC</i> <i>SN-MED-004</i> <i>DGAC N°3857-FAC-00773</i>			
et lieu:	Fax:	Telephone:	E-mail:	Numéro d'AME:			
<p><i>DAKAR SENEGAL</i></p>							

Except for the LAPL medical certificate
CLASS 1 / 2 / LAPL

European Union
medical certificate
Issued in accordance with Part-MED
Complies with ICAO standards

Medical certificate
CLASS 1 / 2 / LAPL

Medical certificate
Issued in accordance with Part-MED
Complies with ICAO standards

CERTIFICAT MÉDICAL

Medical certificate



DIRECTION GÉNÉRALE
DE L'AVIATION CIVILE
Civil Aviation Administration - France

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

- MED-A.020 Diminution de l'aptitude médicale
- a) Les titulaires de licence n'exerçant à aucun moment les priviléges de leur licence et ne recevant pas de prescription ou d'autorisation d'un spécialiste en médecine diminue ses droits susmentionnés au moins jusqu'à ce qu'il soit lié à :
 1) un co-masseur ou un masseur diminue son utilisation de la licence
 2) prend ou utilise un des médicaments susmentionnés pour une opération chirurgicale ou une procédure invasive ;
 3) commence à faire une opération chirurgicale ou une procédure diminue son utilisation de la licence
 4) commence à faire une opération chirurgicale ou une procédure diminue son utilisation de la licence
 b) En tout état de cause sans un hôpital ou une clinique médicale :
 1) si son état de grossesse ;
 2) si son état de toute autre maladie importante impliquant une incapacité de travailler comme membre de l'équipage ;
 3) si son état de grossesse ;
 4) si son état de toute autre maladie importante impliquant une incapacité de travailler comme membre de l'équipage ;
 5) en cas de grossesse ;
 6) si il est dans un état de maladie ;
 7) si il est dans un état de maladie correcteur pour la preuve, si nécessaire de travailleurs pour la preuve
- MED-A.020 Decrease in medical fitness
- a) Lorsque les titulaires de licences n'exercent pas les priviléges de leur licence et ne sont pas en mesure d'en exercer d'autres qui pourraient les rendre incapables d'exercer les priviléges :
 1) lorsque l'individu a commencé l'utilisation régulière de toute autre médication ou autre traitement qui pourrait interférer avec la sécurité de l'avion ou de l'équipage ;
 2) lorsque l'individu a subi une opération chirurgicale ou une procédure ;
 3) lorsque l'individu a subi une opération chirurgicale ou une procédure qui a entraîné une blessure importante ;
 4) lorsque l'individu souffre d'une maladie importante qui interfère avec la sécurité de l'avion ou de l'équipage ;
 5) lorsque l'individu est enceinte ;
 6) lorsque l'individu a été admis à un hôpital ou à une clinique médicale ;
 7) lorsque l'individu porte des lentilles correctrices.

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

II Certificat médical de Classe 1

Class 1 medical certificate

X Date d'expiration du certificat médical pour (JJ/MM/AAAA) / Expiry date of this certificate for (DD/MM/YYYY)

XIII Limitations / Limitations

Code - Description / Code - Description

VDL

IV Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder

BADIANE, El Hadji

XIV Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)

09/07/1988

Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers

24/10/12026

Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations

24/10/12026

X Date de délivrance / Date of issue

23/10/12025

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

Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram

24/10/12025

Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram

04/106/12024

VII Signature du titulaire / Signature of holder

LAPL / LAPL

24/10/12030

Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
SPP-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-0073