

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

(1) Pays de délivrance de licence : FRANCE		(13) N° référence:	
(3) Nom : DIOP		(4) Nom de naissance	
(5) Prénom(s) : MOUSTAPHA		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 30/12/1989	(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
(8) Lieu et pays de naissance : DIOUANE, SENEGAL		(9) Nationalité : SENEGALAISE	(14) Type de licence désirée : PILOTE DE LIGNE
(10) Adresse permanente : DAKAR, YEMBEUL Pays : SENEGAL N° de téléphone : 00221 278837436 Courriel : TDIDOP8644@gmail.com		(11) Adresse postale : (si différente) Pays : N° de téléphone :	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input type="checkbox"/> renouvellement/prorogation
(18) Licence(s) de vol possédée(s)		(16) Employeur : AIA SENEGAL SA	(17) Dernier examen médical : Date : 04/06/2024 Lieu : AMS DAKAR, SENEGAL
		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :	
		(21) Nombre total d'heures de vol : 155H26	(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 108H12
(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 :		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : MOTEUR A PISTON	
(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 :	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input checked="" type="checkbox"/> Multipilote <input type="checkbox"/>	
(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 :		(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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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	<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"/>	(171) Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(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	<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"/>	(173) Epilepsie	<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, epilepsie, 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	<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"/>	(176) Tuberculose	<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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(177) Allergie/asthme/eczéma	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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"/>	(178) Maladie héréditaire	<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"/>	(179) Glaucome	<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) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A remplir uniquement pour les femmes											
(151) Etes-vous enceinte ? <input type="checkbox"/>											

(30) Remarques :

(123) PALUDISME a bas âge 6ans

(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 devront être restitués à 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 MÉD.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 : **25/07/2025**

Signature du demandeur :

809

Signature du médecin examinateur :

Dr PATRICK CORREA
Médecin Aéronautique
SM MED 2021
DGAC N° 857 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 : DIOU		Prénoms : Moustapha		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 30/12/1999	
				Lieu de naissance : DIOURABEL	
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 170 cm	(203) Poids 66 kg	(204) Yeux couleur brun	(205) Cheveux couleur brun	(206) Tension artérielle (assis) mmHg
					Systolique 130

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	<i>EP Air Sénégal SA (Ecole Armée Air), 25 ans, célibataire 3000 - f - Tabac = 0 Sph + Kéoul = 0 Sph = 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"/>
Œil gauche sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>
Vision binoculaire, sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>

(230) Vision Intermédiaire

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

(231) de près

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

(232) Lunettes

Oui <input type="checkbox"/>		Non <input checked="" type="checkbox"/>		(233) Lentilles de contact	
Type :	Type :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>		
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	
Œil droit					
Œil gauche					

(234) Perception des couleurs

Tables pseudo-isochromatiques	Normal <input type="checkbox"/>	Normale <input checked="" type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>
Nombre de tables présentées	20	Nombre d'erreurs	0

(235) Analyse d'urine

Glucose	<input type="checkbox"/>	Protéines	<input checked="" type="checkbox"/>	Sang	<input checked="" type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>
Rapports annexés	Non réalisé	Date	normal	anormal			
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	25/07/2021	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(240) Examen Ophthalmologique	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(241) Examen ORL	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(242) Lipides sanguins	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(243) Fonction respiratoire	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(320) Tonométrie G : D : mmHg	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(244) Divers(Sujet?)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

(247 bis) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude

Avis :	Nom :
<i>Appli</i>	<i>Appli</i>
Signature :	<i>Appli</i>

(247) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

<input checked="" type="checkbox"/> APTE pour la classe:				
<input type="checkbox"/> certificat médical délivré par le soussigné (copie jointe) pour la classe:				
<input type="checkbox"/> INAPTE pour la classe :				
<input type="checkbox"/> Remis pour une évaluation complémentaire, dans l'affirmative, indiquer: le destinataire : le motif :				
► Renvoi/concertation Si une décision a été prise antérieurement par l'autorité en inscrire ici les références et le libellé complet et les reporter sur le certificat d'aptitude remis au candidat. Décision N° du Libellé :				
Champ d'application du certificat	CLASSE 1 <input type="checkbox"/>	CLASSE 2 <input checked="" type="checkbox"/>	LAPL <input type="checkbox"/>	PNC/CCA <input type="checkbox"/>

(248) Commentaires, limitations :

Appli clameur → 25-07-2021

(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:

29-07-2021

Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé:

*DÉPATTEMENT DES AMBASSADES
3, AV. DES AMBASSADES
DAKAR SENEGAL*

Fax:

Telephone:

E-mail:

Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature:

Numéro d'AME: