

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 : DIOUF		(4) Nom de naissance _____	
(5) Prénom(s) : MBAYE		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 10/01/1993	(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
(8) Lieu et pays de naissance : BAIGUE SERERE SENEGAL		(9) Nationalité : SENÉGALAISE	
(10) Adresse permanente : KEUR NASSAR Pays : SENÉGAL N° de téléphone : 778811422 Courriel : dioufmbaye89@gmail.com		(11) Adresse postale : (si différente) Pays : _____ N° de téléphone : _____	
(18) Licence(s) de vol possédé(s) types _____		Numéro de licence _____	Pays de délivrance _____
(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 : _____		(17) Dernier examen médical : Date : 04/10/2024 Lieu : AMS	
(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 : _____		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails : _____	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière _____ unités		(21) Nombre total d'heures de vol : 166	
(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 : _____		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 100	
(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : Avions monomoteur, bimoteur DA40/42		(25) Type de vol envisagé : VOL D'INSTRUCTION	
(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input checked="" type="checkbox"/> Multipilote <input 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		
(101) Maladie ou opération oculaire		(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage		(123) Paludisme, autre maladie tropicale		(124) Test VIH positif		(170) Affection cardiaque	
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact		(113) Traumatismes crânien ou commotion		(125) Maladie sexuellement transmissible		(171) Hypertension artérielle		(172) Taux élevé de cholestérol	
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen		(115) Accès de vertige/évanouissement		(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil		(173) Epilepsie		(174) Maladie mentale/suicide	
(104) Allergie ou rhume des fous		(116) Perte de conscience quel que soit le motif		(127) Maladie musculaire ou squelettique		(175) Diabète		(176) Tuberculose	
(105) Asthme ou maladie pulmonaire		(117) Affection neurologique : AVC, epilepsie, convulsions, paralysie, etc...		(128) Toute autre maladie ou blessure		(177) Allergie/asthme/eczéma		(178) Maladie héréditaire	
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux		(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature		(129) Hospitalisation		(179) Glaucome		(170) Assurance vie refusée pour motif médical	
(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		(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation		(151) Etes-vous enceinte ?	
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines		(120) Tentative de suicide ou automutilation		(131) Assurance vie refusée pour motif médical		A remplir uniquement pour les femmes			
(109) Diabète ou désordre hormonal		(121) Mal des transports nécessitant médication		(132) Refus de licence de vol pour motif médical					
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins		(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines		(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical					
(111) Surdité ou maladie des oreilles		(123) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie		(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie					

(30) Remarques :

(31) Déclaration : Je soussigne(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'ARA MED 130 peuvent être stockées électroniquement et mis à la disposition de mon AME, afin de fournir les données historiques requises dans le MEIA 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 : **24/07/2025**

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

DR. PATRICK CORREA
Médecin aéronautique
MED-004
DGAC N°3857 - FAR 00772

Ref Formulaire pour demande de certificat médical ID N°: N°: 009/02/R 08.09.2019

