

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 : CAMARA		(4) Nom de naissance	
(5) Prénom(s) : PAPA OUSMANE		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 30/07/1995 (7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	
(8) Lieu et pays de naissance : DAKAR		(9) Nationalité : SENEGALAISE	
(10) Adresse permanente : Dakar Parcelles A Moumies n°13 Pays : SENEGAL N° de téléphone : 76-168-77-90 Courriel : papaousmane.camara 123@gmail.com		(11) Adresse postale : (si différente) Pays : N° de téléphone :	
(18) Licence(s) de vol possédée(s)		(17) Dernier examen médical : Date : 04/06/2024 Lieu : AMS	
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 :		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> détails : VDL	
(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 :		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : moteur à piston twin- Engine	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		(25) Type de vol envisagé :	
(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 :		(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				
<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"/>	Antécédents familiaux			
(101) Maladie ou opération oculaire		(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage		(123) Paludisme, autre maladie tropicale							
(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"/>			
		(114) Maux de tête fréquents ou graves		(125) Maladie sexuellement transmissible				(171) Hypertension artérielle <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen		(115) Accès de vertige/évanouissement		(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil				(172) Taux élevé de cholestérol <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
(104) Allergie ou rhume des fous		(116) Perte de conscience quel que soit le motif		(127) Maladie musculaire ou squelettique				(173) Epilepsie <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
(105) Asthme ou maladie pulmonaire		(117) Affection neurologique : AVC, epilepsie, convulsions, paralysie, etc...		(128) Toute autre maladie ou blessure				(174) Maladie mentale/suicide <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
								(175) Diabète <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux		(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature		(129) Hospitalisation				(176) Tuberculose <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
								(177) Allergie/asthme/eczéma <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
(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				(178) Maladie héréditaire <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
								(179) Glaucome <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
(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											
(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							
(111) Surdité ou maladie des oreilles		(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines		(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical							
(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 refuser 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 :

Ref Formulaire pour demande de certificat médical 130 (version 01) du 01/09/2010

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL
(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)
POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - **SECRET MEDICAL**

NOM : CAMARA		Prénoms : Papa Ousmane		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 30/07/1995		
(201) Catégorie d'examen		(202) Taille	(203) Poids	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	
<input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial		185 cm	69 kg	noir	noir	
					(206) Tension artérielle (assis) mmHg	
					Systolique 133	Diastolique 83
					Pulsations 60 bpm	Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> irrégulier

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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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, tympons, 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					

EP Air Sénégal (Ecole Pilote Air), 23ans, Céléstine sans enfant

*- Vision sans correction OK % Astigmate
- ECG / HVG sans anomalie*

*Spont +
Témoins
Habillé =
Nud =*

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)
(229) (de loin à (5m/6m en dixième))

	Lunettes/Contact	
Oeil droit sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>	Corrigée à
Oeil 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
Oeil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oeil 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 sans correction avec correction

N5 lu à 30 - 50cm

	Qui	Non	Oui	Non
Oeil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oeil 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 checked="" type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>	
Type : <i>astigmatisme</i>		Type :	
Réfraction		Sph	
Cylindre		Axe	
Cylindre		Ajouter	

(313) Perception des couleurs

Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Type I S H I H A R A

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 Oreille droite Oreille gauche

Oui Oui
Non Non

Audiométrie éventuelle

Hz 500 1000 2000 3000 4000 6000

Oreille droite

Oreille gauche

(236) Fonction respiratoire

(237) Hémoglobine

VEMS/CV % Peak Flow (l/min) **11.5** (g/dl)

Normal Anormal Normal Anormal Normal Anormal

(248) Commentaires, limitations :

(235) Analyse d'urine

Normale Anormale

Glucose Protéines Sang Autres

Rapports annexés

Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	<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 :	<i>Appli</i>	Signature : <i>Dr Patrick CORREA</i>
		Dr Patrick CORREA Médecine Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773

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

APTE pour la classe:

certificat médical délivré par le soussigné (copie jointe) pour la classe:

INAPTE pour la classe :

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 CLASSE 2 LAPL PNC/CCA

(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 : **28-07-2021**

et lieu: **DAKAR SENEGAL**

Fax: **3. Av. des Ambassadeurs**

Telephone: **010 22 00 00 00**

E-mail: **Dr.Patrick.CORREA@sn-med.dgac.fr**

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