

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 :		(4) Nom de naissance	
MBOUP		(5) Prénom(s) : Fallou	
(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA)		(7) Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	
1980/06/01			
(8) Lieu et pays de naissance :		(9) Nationalité :	
DAKAR - SENEGAL		SENEGALISE	
(10) Adresse permanente :		(11) Adresse postale : (si différente)	
NORD FOIRE Pays : SENEGAL N° de téléphone : 2759102490 Courriel : Falloumbou5@gmail.com		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 :			
(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 »			
(101) Maladie ou opération oculaire		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
(104) Allergie ou rhume des foins		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
(105) Asthme ou maladie pulmonaire		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
(107) Tension artérielle élevée ou basse		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
(109) Diabète ou désordre hormonal		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
(111) Surdité ou maladie des oreilles		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> (112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> (113) Traumatismes crânien ou commotion Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> (114) Maux de tête fréquents ou graves Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> (115) Accès de vertige/évanouissement Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> (116) Perte de conscience quel que soit le motif Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> (117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc... Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> (118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> (119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> (120) Tentative de suicide ou automutilation Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> (121) Mal des transports nécessitant médication Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> (122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> (123) Paludisme, autre maladie tropicale Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> (124) Test VIH positif Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> (125) Maladie sexuellement transmissible Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> (126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> (127) Maladie musculaire ou squelettique Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> (128) Toute autre maladie ou blessure Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> (129) Hospitalisation Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> (130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> (131) Assurance vie refusée pour motif médical Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> (132) Refus de licence de vol pour motif médical Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> (133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> (134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie			
Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> (170) Affection cardiaque Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> (171) Hypertension artérielle Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> (172) Taux élevé de cholestérol Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> (173) Epilepsie Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> (174) Maladie mentale/suicide Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> (175) Diabète Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> (176) Tuberculose Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> (177) Allergie/asthme/eczéma Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> (178) Maladie héréditaire Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> (179) Glaucome			
Antécédents familiaux			
A remplir uniquement pour les femmes			
Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> (150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> (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.
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 puise y avoir accès conformément à la législation nationale. Le secret médical sera respecté à tout moment.
NOTIFICATION DE DIVULGATION DE DONNEES 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 mises à la disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MEDA.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 :

Re 25/07/2025

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

Dr Patrick COPREA
Médecin Aéronautique
SN MED 004

Ref Formulaire pour demande de certificat médical (PDC) - 01/01/2019 - 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 : MBOUP		Prénoms : EALLOU		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 05-08-1996	
				Lieu de naissance : DAKAR	
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 183 cm	(203) Poids 83 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg
					Systolique 139

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"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input checked="" type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" 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"/>
(213) Yeux - pupilles				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>
(216) Cœur				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire

BP pour Benjy (Ecole Armée Air) 28ans, Célibataire sans enfants Tolosa Alval = 0 Sport = + TIT = 0

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)			
(229) (de loin à (5m/6m en dixième)			
Œil droit sans correction	10	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	10	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à	

(230) Vision Intermédiaire			
sans correction avec correction			
N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui
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	Oui	Non	Oui
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 type="checkbox"/>
Type :			
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe
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	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	
à 2m le dos tourné vers l'examinateur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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)	(g/dl)
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>

(248) Commentaires, limitations :			
<i>Aj/é cloné 1 → 25-07-2026</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 : 28-07-2025	et lieu: DAKAR SENEGAL	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé: Dr Patrick CORREA 3 Av. des Ambassades	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: 010-00000000	Telephone: 010-00000000	E-mail: patrick.correa@sn-med.com	Numéro d'AME: SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773

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

CERTIFICAT MÉDICAL
Medical certificate
CLASSE 1 / 2 / LAPL



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
DIRECTION GÉNÉRALE
DE L'AVIATION CIVILE
CIVIL AVIATION ADMINISTRATION - FRANCE

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
DIRECTION GÉNÉRALE
DE L'AVIATION CIVILE
CIVIL AVIATION ADMINISTRATION - FRANCE

MEDA.020 Diminution de l'aptitude médicale

MEDA.020 Decrease in medical fitness

a) Les titulaires de licence n'exercent pas au moment les priviléges de pilotage de leur certificat médical pour les personnes qui sont liées à une diminution de leur aptitude médicale sans préavis :
 1) ont connaissance d'une importante diminution de leur aptitude médicale sans préavis ;
 2) ne pratiquent pas d'activités d'infirmité sur incapables d'assurer une sécurité en toute sécurité ;
 3) reçoivent tout traitement médical, chirurgical ou autre susceptible d'altérer sur la sécurité des vols.

b) En outre, les titulaires de licence doivent, sans retard initial, un avis aéronautique :
 1) si l'ont suivi une opération chirurgicale ou une procédure invasive ;
 2) si l'ont entamé la prise régulière d'un médicament ;
 3) si l'ont souffert de toute blessure importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
 4) si l'ont souffert d'une maladie importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
 5) en cas de grossesse ;
 6) si l'ont été admis dans un hôpital ou une clinique médicale ;
 7) si l'ont besoin de vêtements correcteurs pour la prendre fois.

a) Licence holders shall not exercise the privileges of their medical certificate which might render them unable to safely exercise those privileges :
 1) have undergone a surgical operation or invasive procedure ;
 2) have commenced the regular use of any medication which is likely to interfere with the safe exercise of the privileges of the applicable licence ;
 3) receive any medical, surgical or other treatment that is likely to interfere with flight safety.
 b) In addition, licence holders shall, without undue delay, seek aeronautical advice when they :
 1) have undergone a surgical operation or invasive procedure ;
 2) have suffered any significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew ;
 3) have suffered from any significant illness involving incapacity to function as a member of the flight crew ;
 4) have been suffering from any significant illness involving incapacity to function as a member of the flight crew ;
 5) are pregnant ;
 6) have been admitted to hospital or medical clinic ;
 7) first require correcting lenses.

I Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence
ENCAISSE

II Certificat médical de Classe 1
Class 1 medical certificate
IX Date d'expiration du certificat médical pour (JJ/MM/AAAA) / Expiry date of this certificate for (DD/MM/YYYY)

III Numéro de certificat / Certificate number
M30UP FO1104

IV Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder
XIII Limitations / Limitations
Code - Description / Code - Description
X Date de délivrance / Date of issue

XIV Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)
05/08/1996
X Date de l'examen médical / Date of medical examination
Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram
26/07/2023

V Nationalité / Nationality
Sénégalais
XI Cachet / Stamp
Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
S-MED-04
DGAC N°3857 - FAA-00773

VI Signature du titulaire / Signature of holder
VII Signature du titulaire / Signature of holder
25/07/2030