

# FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence : <b>FRANCE</b>		(13) N° référence:										
(3) Nom : <b>DIAKHATE</b>		(2) Certificat médical sollicité: <b>Classe 1 <input type="checkbox"/> Classe 2 <input checked="" type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/></b>										
(5) Prénom(s) : <b>ROKHAYA</b>		(6) Date de naissance : <b>23/10/1990</b>	(7) Sexe : <b>Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input checked="" type="checkbox"/></b>									
(8) Lieu et pays de naissance : <b>DAKAR SENEGAL</b>		(9) Nationalité : <b>SENEGALAISE</b>										
(10) Adresse permanente : <b>CITE PORT II D'AMBIASSON Pays : SENEGAL N° de téléphone : 78-1415439 Courriel : <b>kyaloucar@gmail.com</b></b>		(11) Adresse postale : (si différente)										
(18) Licence(s) de vol possédée(s)		(17) Dernier examen médical : Date : <b>25 10 2024</b> Lieu : <b>DAKAR</b>										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>types</th> <th>Numéro de licence</th> <th>Pays de délivrance</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>PNC</b></td> <td><b>SN-PNC/017/2023</b></td> <td><b>SENEGAL</b></td> </tr> <tr> <td><b>PNC</b></td> <td><b>CY-22-0103</b></td> <td><b>CYPRUS</b></td> </tr> </tbody> </table>		types	Numéro de licence	Pays de délivrance	<b>PNC</b>	<b>SN-PNC/017/2023</b>	<b>SENEGAL</b>	<b>PNC</b>	<b>CY-22-0103</b>	<b>CYPRUS</b>	(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :	
types	Numéro de licence	Pays de délivrance										
<b>PNC</b>	<b>SN-PNC/017/2023</b>	<b>SENEGAL</b>										
<b>PNC</b>	<b>CY-22-0103</b>	<b>CYPRUS</b>										
(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 : _____		(21) Nombre total d'heures de vol : <b>7000 H ENVIRON</b>										
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : _____ Lieu : _____		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : <b>600 H ENVIRON</b>										
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : <b>A330, A319, A320, A321</b>										
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt : _____		(25) Type de vol envisagé :										
(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input 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
(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"/>
(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"/>
(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"/>
(104) Allergie ou rhume des foies	<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"/>
(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"/>
(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"/>
(107) Tension artérielle élevée ou basse	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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"/>
(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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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"/>
(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"/>
(111) Surdité ou maladie des oreilles	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
						(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

(30) Remarques :  
*(130) Mal' causé par un accident avec HTH mon tte  
 • Mal' causé par un accident : pour fibrome utérin, module Serrin DT.*

(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.

Date : **de 03/12/2024** Signature du demandeur :  Signature du médecin examinateur : 

**Dr Patrick CORREA**  
 Médecine Aéronautique  
 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 : **BLAKHATE** Prénoms : **ROKHAYA** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **23/10/1990**  
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 <b>174</b> cm	(203) Poids <b>90</b> kg	(204) Yeux couleur <b>Noir</b>	(205) Cheveux couleur <b>Noir</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <b>108</b> Diastolique <b>75</b>	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) <b>80</b> 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 ayant chaque commentaire

**Pne. Air Secours SA. 3h aus. Niveau a ceft.**  
**Plaques = nodules cephales et epaules beaucoup d'oreilles. a voir.**  
**Module Sein DT**

**Tabac 20**  
**Au co**  
**Spout = 0.**  
**TT = 0.**

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

Lunettes/Contact	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Ceil droit sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ceil gauche sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire, sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(230) Vision Intermédiaire N14 lu à 100cm

	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Ceil droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ceil gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(231) de près N5 lu à 30 - 50cm

	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Ceil droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ceil gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(232) Lunettes  
Oui  Non   
Type : **Sph**

(233) Lentilles de contact  
Oui  Non   
Type : **Ajouter**

(235) Analyse d'urine Normale  Anormale

Glucose <b>0</b>	Protéines <b>0</b>	Sang <b>0</b>	Autres
------------------	--------------------	---------------	--------

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	<b>03-12-24</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>	<b>03-12-24</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique	<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 : **Proprié**

Nom : **Dr Patrick CORREA**  
Signature : **Dr Patrick CORREA**  
Médicine Aéronautique  
SN-MED-004  
DGAS N°3857 - FAA-00773

(313) Perception des couleurs Normale  Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Type **ISHIHARA**

Nombre de tables présentées **20** Nombre d'erreurs **01**

(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'examineur	Oreille droite		Oreille gauche	
	Oui	Non	Oui	Non
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire

VEMS/CV	%	Peak Flow	(l/min)	Hémoglobine	(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"/>

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

APTÉ 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 : **Médicins haut au pain CR module + Fibrom**  
le motif : **Cardio lég en pain HTA + TADA**  
**HTA + Nodule Sein DT + Fibrome ut**

► 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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(248) Commentaires, limitations :

**HTA.**  
**CR. Bclay sein DT RAS. + Gineco = RAS.**  
**CR Cardio = HTA grade 2 = 1HD + III Astatuxam.**  
**Inapte T12. 2 mois - -> 03-02-2025.**

(249) Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

Je soussigné 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 : **16-01-2025**

Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : **Dr Patrick CORREA**  
3.A. des Ambassades  
DAKAR SENEGAL

Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : **Dr Patrick CORREA**  
Médicine Aéronautique  
SN-MED-004  
DGAS N°3857 - FAA-00773

Numéro d'AME : .....

Ref: Rapport examen médical 03.09.2019



DIRECTION GÉNÉRALE DE L'AVIATION CIVILE (C.A.A. France)



**RAPPORT MEDICAL DE MEMBRE D'EQUIPAGE DE CABINE  
CABIN CREW MEDICAL REPORT**

Nom et prénom du détenteur / Last and first name of holder

ROKHA YA DIAKHATE

Date et lieu de naissance / Date and place of birth :

23/10/1990 à DAKAR

Nationalité / Nationality: Fr

SENEGALAISE

Evaluation médicale / Medical assessment:

APTE / FIT

INAPTE / UNFIT

Restriction(s) / Limitation(s) : /

Date de fin de validité du précédent certificat:  
Expiry date of the previous assessment

/

Date de l'examen médical / Date of the aero-medical assessment:

11/04/2022

Date de fin de validité / validity expiry date :

11/04/2024

Signature du titulaire / Signature of applicant/holder :

Date de délivrance et signature du médecin responsable  
Date of issue and signature of issuing medical officer

Le 13 AVR. 2022

Dr Patrick CORREA  
Médecine Aeronautique  
MD/004/ANACS/DTA/08  
DGAC N° 3857 - FAA 00773

Pays de délivrance / State of issue : FRANCE