

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 : DIAKHATE		(2) Certificat médical sollicité : Classe 1 ☐ Classe 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA ☐	
(5) Prénom(s) : ROKHAYA		(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité ☐ initial ☒ renouvellement/prorogation
(6) Date de naissance : 25/10/1990		(7) Sexe : Masculin ☐ Féminin ☒	(14) Type de licence désirée : EASA
(8) Lieu et pays de naissance : DAKAR / SENEGAL		(9) Nationalité : SENEGALAISE	(15) Profession (principale) : PNC
(10) Adresse permanente : Pays : SENEGAL N° de téléphone : 78 14 54 35 Courriel : Kyalou car@gmail.com		(11) Adresse postale : (si différente)	(16) Employeur : AIR SENEGAL SA
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types : EASA Numéro de licence : CY-22-0103 Pays de délivrance : SENEGAL		(17) Dernier examen médical : Date : 18/02/2025 Lieu : DAKAR	
(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 ☒ Oui ☐ Date : Lieu :		(19) Conditions, limitations du certificat médical : Non ☐ Oui ☐ détails :	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu :		(21) Nombre total d'heures de vol : (22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 120h	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non ☒ Oui ☐ consommation journalière unités		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : A320neo, ATR	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais ☒ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt : Oui ☐ type et quantité :		(25) Type de vol envisagé :	
(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☐ Multipilote ☐		(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non ☒ Oui ☐ 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
☒	☐	☐	☒	☐	☒	Antécédents familiaux	
☒	☐	☐	☒	☐	☒	(170) Affection cardiaque	☐ ☒
☒	☐	☐	☒	☐	☒	(171) Hypertension artérielle	☒ ☐
☒	☐	☐	☒	☐	☒	(172) Taux élevé de cholestérol	☐ ☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	(173) Epilepsie	☐ ☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	(174) Maladie mentale/suicide	☐ ☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	(175) Diabète	☐ ☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	(176) Tuberculose	☐ ☒
☒	☐	☐	☒	☐	☒	(177) Allergie/asthme/eczéma	☐ ☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	(178) Maladie héréditaire	☐ ☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	(179) Glaucome	☐ ☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	A remplir uniquement pour les femmes	
☐	☒	☐	☒	☐	☒	(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	☐ ☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	(151) Etes-vous enceinte ?	☐ ☒

(30) Remarques : **10-1, 102, 103 : Noyrie/PVC -**

(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 A LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MEDICALES : 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 AMI ainsi qu'aux professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une évaluation médico-aéro 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 puisse 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 mis à la disposition de mon AMI afin de fournir les données historiques requises dans le MED 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 : **26 09 / 04 / 2025**

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : **DIAR HATE** Prénoms : **ROKHAYA** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **23/10/1990**
Lieu de naissance : **SAKAR**

(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 1,74 cm	(203) Poids kg	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 162 Diastolique 105	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 75 Rythme ☐ régulier ☐ irrégulier
--	--------------------------------	-------------------	-----------------------	--------------------------	---	--

Examen clinique : Cochez chaque item

	normal	anormal		normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	☒	☐	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	☒	☐
(209) Cavité bucale, gorge, dents	☒	☐	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	☒	☐
(210) Nez, sinus	☒	☐	(220) système génito-urinaire	☒	☐
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	☒	☐	(221) Système endocrinien, thyroïde	☒	☐
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	☒	☐	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	☒	☐
(213) Yeux - pupilles	☒	☐	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	☒	☐
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	☒	☐	(224) Examen neurologique- réflexes etc	☒	☐
(215) Poumons, thorax, seins	☒	☐	(225) Psychiatrie	☒	☐
(216) Cœur	☒	☐	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	☒	☐
(217) Système vasculaire	☒	☐	(227) Etat général	☒	☐

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

220 : Fibromes (03)
PNC Air Saucel 8A, 3h, main, sans effet,
hypopie/PNC, Fibromes uterins (03),
Syndrome BB

Tobac = 0
Alcool = 0
Spirt = +/-
ndch = 0

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

	Corrigée à	Lunettes/Contact
Œil droit sans correction		5
Œil gauche sans correction		5
Vision binoculaire, sans correction		5

(230) **Vision Intermédiaire**
N14 lu à 100cm

	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	☐	☐	☒	☐
Œil gauche	☐	☐	☒	☐
Vision binoculaire	☐	☐	☒	☐

(231) **de près**
N5 lu à 30 - 50cm

	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	☒	☐	☐	☐
Œil gauche	☒	☐	☐	☐
Vision binoculaire	☒	☐	☐	☐

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

(233) **Lentilles de contact**
Oui ☐ Non ☐
Type : **Axe**

(313) **Perception des couleurs** Normale ☒ Anormale ☐
Tables pseudo-isochromatiques Type **ISHIHARA**
Nombre de tables présentées **20** Nombre d'erreurs **0**

(234) **Audition** (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)
(si 239/241 non réalisé)

	Oreille droite	Oreille gauche
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	Oui ☒ Non ☐	Oui ☒ 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)	(g/dl)
Normal ☐	Anormal ☐	Normal ☐	Anormal ☐	Normal ☒

(235) **Analyse d'urine** Normale ☒ Anormale ☐
Glucose ☐ Protéines ☐ Sang ☐ Autres ☐

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	☐	08/07/2015	☒	☐
(239) Audiogramme	☐		☐	☐
(240) Examen Ophtalmologique	☐		☐	☐
(241) Examen ORL	☐		☐	☐
(242) Lipides sanguins	☐		☐	☐
(243) Fonction respiratoire	☐		☐	☐
(320) Tonométrie G : D : mmHg	☐		☐	☐
(244) Divers(Sujet?)	☐		☐	☐

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

Avis : _____ Nom : _____
Signature : _____

(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
	☐	☐	☐	☐

(248) **Commentaires, limitations :**

(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 : _____ Nom et adresse du médecin-chef : _____

Nom : DIAKHATE
Prénom : ROUHAYA
Date de Naissance :
Lieu de Naissance :
Numéro Tél. :
Poids : 86 Kg
Taille : 1.74 m
T.A : 162 / 105
Pouls : 75
Urines : 0 Gly 0.97 Hg 12.9

Avec C

OD 18

OG 7

ay 9

ish 20

mt, OK - 34 years 8E
Hokusei dipus 24 ans
RAH 22 AS I dipus 3 ans
Delire - 19 boy
ch, OK - PRE 13 ans 11
→ 1000 = 0
7

101/ Nyopu
102/
103/

HTA = Coerami -
22/13/13

~~HTA~~
+ chorocue (3) 2.