

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence : Senegal		(13) N° référence:		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☐ Classe 2 ☒ LAPL ☐ PNC/CCA ☒	
(3) Nom : FALL		(4) Nom de naissance FALL		(12) Genre sollicité ☐ initial ☒ renouvellement/prorogation	
(5) Prénom(s) : Abdoulaye		(6) Date de naissance 11-01-1987		(7) Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐	
(8) Lieu et pays de naissance : Dakar Senegal		(9) Nationalité :		(14) Type de licence désirée :	
(10) Adresse permanente : Maristes 661 Pays : Senegal N° de téléphone : 77-655-15-50 Courriel : Papico08@gmail.com		(11) Adresse postale : (si différente)		(15) Profession (principale) : PNC	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéro de licence Pays de délivrance		(16) Employeur : Air Senegal		(17) Dernier examen médical : Date : 12-04-2022 Lieu : Dakar	
				(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ☒ Oui ☐ détails :	
				(21) Nombre total d'heures de vol : 6800	
				(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 1400	
(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 :		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : Airbus A320 - A330			
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu :		(25) Type de vol envisagé :			
(26) Consommez vous de l'alcool ? Non ☒ Oui ☐ consommation journalière unités		(27) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☐ Multipilote ☐			
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais ☐ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt : Oui ☒ type et quantité : 8/50ans		(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	
(101) Maladie ou opération oculaire	☐	☒	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	☐	☒	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	☐	☒	Antécédents familiaux			
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	☐	☒	(113) Traumatismes crâniens ou commotion	☐	☒	(124) Test VIH positif	☐	☒	(170) Affection cardiaque	☐	☒	
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	☐	☒	(114) Maux de tête fréquents ou graves	☐	☒	(125) Maladie sexuellement transmissible	☐	☒	(171) Hypertension artérielle	☐	☒	
(104) Allergie ou rhume des foies	☐	☒	(115) Accès de vertige/évanouissement	☐	☒	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	☐	☒	(172) Taux élevé de cholestérol	☐	☒	
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	☐	☒	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	☐	☒	(127) Maladie musculaire ou squelettique	☐	☒	(173) Epilepsie	☐	☒	
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	☐	☒	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	☐	☒	(128) Toute autre maladie ou blessure	☐	☒	(174) Maladie mentale/suicide	☐	☒	
(107) Tension artérielle élevée ou basse	☐	☒	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	☐	☒	(129) Hospitalisation	☐	☒	(175) Diabète	☐	☒	
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	☐	☒	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	☐	☒	(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	☐	☒	(176) Tuberculose	☐	☒	
(109) Diabète ou désordre hormonal	☐	☒	(120) Tentative de suicide ou automutilation	☐	☒	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	☐	☒	(177) Allergie/asthme/eczéma	☐	☒	
(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	☐	☒	(178) Maladie héréditaire	☐	☒	
(111) Surdité ou maladie des oreilles	☐	☒	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	☐	☒	(133) Exempt� ou réformé du service national pour motif médical	☐	☒	(179) Glaucome	☐	☒	
						(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	☐	☒	A remplir uniquement pour les femmes			
									(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	☐	☐	
									(151) Etes-vous enceinte ?	☐	☐	

(30) Remarques :

(31) Déclaration : Je soussigné(e), déclare avoir répondu de façon s c re 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. Je déclare par la présente que j'ai été informé et que je comprends que les données contenues dans mon certificat médical selon l'ARR.MH.130 peuvent être stockées électroniquement et mis à la disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MED.A.035 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assessseurs médicaux des autorités compétentes des  tats membres afin de faciliter l'application de l'ARR.MH.130 (c) (4).

Date : **03-12-24**

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

Dr Patrice CORREA
Médecin A rc.
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 : FAU		Prénoms : Abdoulaye		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 11-01-1987	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 1,87 cm	(203) Poids 109 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 160 Diastolique 80
					(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 78 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 buccale, 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

PNE. Air Sengal 8A 37 ans. Anné 2005

Tgbar = 8/8
Hle = 0-
H = 0-
Spant = 2x/sem.

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)			
(229) (de loin à 5m/6m en dixième) Lunettes/Contact			
Oeil droit sans correction	8/8	Corrigée à	
Oeil gauche sans correction	8/8	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à	
(230) Vision Intermédiaire			
N14 lu à 100cm	sans correction	avec correction	
Oeil droit	☒	☐	
Oeil gauche	☒	☐	
Vision binoculaire	☒	☐	
(231) de près			
N5 lu à 30 - 50cm	sans correction	avec correction	
Oeil droit	☒	☐	
Oeil gauche	☒	☐	
Vision binoculaire	☒	☐	
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact	
Oui ☐	Non ☒	Oui ☐	Non ☐
Type :		Type :	
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe
Oeil droit			Ajouter
Oeil gauche			

(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 réalisés)					
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur		Oreille droite	Oreille gauche		
		Oui ☒	Oui ☒		
		Non ☐	Non ☐		
Audiométrie éventuelle					
Hz	500	1000	2000	3000	4000
Oreille droite					
Oreille gauche					

(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine	
VEMS/CV	%	Peak Flow (l/min)	(g/dl)
Normal ☐	Anormal ☐	Normal ☐	Anormal ☐

(248) Commentaires, limitations :

Apê. PNE -> 03-12-2005

(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 : 03-12-24	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : Dr Patrick CORREA	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : Dr Patrick CORREA
et lieu :	Fax : 3: Av. des Ambassades	Numéro d'AME : SN-MED-004
	Telephone :	

DAKAR SENEGAL

Réf Rapport examen médical 03.09.2019