



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

(1) Pays de délivrance de licence : CYPRUS		(13) N° référence:		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input checked="" type="checkbox"/>	
(3) Nom : KOLATE		(4) Nom de naissance		(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input type="checkbox"/> renouvellement/prorogation	
(5) Prénom(s) : Yaye Coumba		(6) Date de naissance		(7) Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input checked="" type="checkbox"/>	
(8) Lieu et pays de naissance : 12/11/1997		(9) Nationalité :		(14) Type de licence désirée :	
(10) Adresse permanente : Neupers/Derkle villa 37		(11) Adresse postale : (si différente)		(15) Profession (principale) : PNC	
Pays : SENEGAL		N° de téléphone : 77 796 68 58		(16) Employeur : Air Senegal	
Courriel : yayecoumba.kolate@air-senegal.sn		N° de téléphone :		(17) Dernier examen médical : Date : 21/06/2022 Lieu : AMS	
(18) Licence(s) de vol possédée(s)		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :			
types		Numéro de licence		Pays de délivrance	
		CY-92-0096		CYPRUS	
(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 type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : _____ Lieu : _____		(21) Nombre total d'heures de vol :		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :	
Détails :		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :			
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : _____ Lieu : _____		(25) Type de vol envisagé :			
Détails :		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multiplane <input type="checkbox"/>			
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>		Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi :	
(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 »

	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"/>	Antécédents familiaux							
(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 crâniens ou commotion	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(124) Test VIH positif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(170) Affection cardiaque	<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"/>	(171) Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
(104) Allergie ou rhume des foins	<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"/>	(172) Taux élevé de cholestérol	<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"/>	(173) Epilepsie	<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"/>	(174) Maladie mentale/suicide	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
(107) Tension artérielle élevée ou basse	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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"/>	(175) Diabète	<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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(176) Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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"/>	(177) Allergie/asthme/eczéma	<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"/>	(178) Maladie héréditaire	<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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(179) Glaucome	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
											A remplir uniquement pour les femmes					
											(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
											(151) Etes-vous enceinte ?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

(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 commis(e) 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 A LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MEDICALES : En cas de nécessité, j'autorise la transmission de ces données et de mes antécédents, dans le respect du secret médical, au médecin évaluateur de l'autorité compétente de mon AMB ainsi qu'aux professionnels de santé présents dans le but d'obtenir une évaluation médicale ou dans le cadre d'un recours. En recommançant que ces données ou données médicales électriquement 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(e) et que je comprends que les données contenues dans mon certificat médical selon l'ART. M1130 peuvent être stockées électriquement et mises à la disposition de mon AMB afin de fournir les données historiques requises dans le M1130 (1) (2) (1) (1) ainsi qu'aux services médicaux des autorités compétentes des États membres afin de faciliter l'application de l'ART. M1130 (c) (1).

Date :

04/12/2024

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

Dr Patrick CORREA
Médecin Aéronautique
SN-MED-004
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 : **KOFA TE** Prénoms : **Yaye Coumba** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **19/11/1997**
 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 168 cm	(203) Poids 66 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 130 Diastolique 87	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 123 Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> irrégulier
--	-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---	---

Examen clinique : Cochez chaque item

Item	normal	anormal	Item	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 buccale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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, 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 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

PNE. An Sanguin 8A. 27 ans. Pieds ouft. Nat. RGO.

**Talonne = 0
 ALC = 0
 III = 0
 Spat = 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 N14 lu à 100cm

Œil droit	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil 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 N5 lu à 30 - 50cm

Œil droit	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil 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 Non

(233) Lentilles de contact
 Oui Non

Type : Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter

(235) Analyse d'urine Normale Anormale

Glucose	<input type="checkbox"/>	Protéines	<input type="checkbox"/>	Sang	<input type="checkbox"/>	Autres	
---------	--------------------------	-----------	--------------------------	------	--------------------------	--------	--

Rapports annexés

Rapports annexés	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	04-12-24	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>	04-12-24	<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 : **Apte**

Nom : **Dr Patrick CORREA**
 Médecin Aéronautique
 Signature : **SN-MED-004**
 DGE 3857 - FAA-00773

(233) Perception des couleurs Normale Anormale

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

Nombre de tables présentées **60** 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 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 (237) Hémoglobine

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"/>

Age = 28,85

(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/COA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

(248) Commentaires, limitations :

Apte. PNE -> 04-12-2026

(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 : et lieu : 06-12-24	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : Fax : E-mail : Dr Patrick CORREA 3, Avenue des Ambassades DAKAR SENEGAL	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : Numéro d'AME : Dr Patrick CORREA Médecin Aéronautique SN-MED-004 DGE 3857 - FAA-00773
--	--	--