

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 : DEME		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☒ Classe 2 ☒ LAPL ☒ PNC/CCA ☐	
(5) Prénom(s) : CHEIKH AHMED HADY		(4) Nom de naissance DEME	(12) Genre sollicité ☐ initial ☒ renouvellement/prorogation
(8) Lieu et pays de naissance : GUEREO SENEGAL		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 18/02/2001	(14) Type de licence désirée : ATPL
(10) Adresse permanente : 362 FAMA GUENTABA 2		(7) Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐	(15) Profession (principale) : ETUDIANT
(11) Adresse postale : (si différente)		(9) Nationalité : SENEGALAISE	(16) Employeur : AIR SENEGAL SA
(17) Dernier examen médical : Date : 13/06/2023 Lieu : AMS		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ☐ Oui ☐ détails :	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéro de licence Pays de délivrance		(21) Nombre total d'heures de vol : 00	
		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 00	
(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: Détails :		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu: Détails :		(25) Type de vol envisagé :	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non ☒ Oui ☐ consommation journalière unités		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☐ Multipilote ☐	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais ☒ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt : Oui ☐ type et quantité :		(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non ☒ Oui ☐ Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi:	

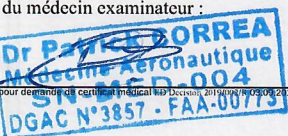
Antécédents généraux et médicaux : avez vous des antécédents connus d'une des maladies suivantes ?

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	☐
(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	☐
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	☐	☒	(114) Maux de tête fréquents ou graves	☐	☒	(125) Maladie sexuellement transmissible	☐
(104) Allergie ou rhume des foies	☐	☒	(115) Accès de vertige/évanouissement	☐	☒	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	☐
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	☐	☒	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	☐	☒	(127) Maladie musculaire ou squelettique	☐
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	☐	☒	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	☐	☒	(128) Toute autre maladie ou blessure	☐
(107) Tension artérielle élevée ou basse	☐	☒	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	☐	☒	(129) Hospitalisation	☐
(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	☐
(109) Diabète ou désordre hormonal	☐	☒	(120) Tentative de suicide ou automutilation	☐	☒	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	☐
(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	☐
(111) Surdité ou maladie des oreilles	☐	☒	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	☐	☒	(133) Exempt�� ou réformé du service national pour motif médical	☐
				(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie			
				(140) Affection cardiaque			
				(141) Hypertension artérielle			
				(142) Taux élevé de cholestérol			
				(143) Epilepsie			
				(144) Maladie mentale/suicide			
				(145) Diabète			
				(146) Tuberculose			
				(147) Allergie/asthme/eczéma			
				(148) Maladie héréditaire			
				(149) Glaucome			
				A remplir uniquement pour les femmes			
				(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation			
				(151) Etes-vous enceinte ?			

(30) Remarques :

(31) Declaration : 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 r  t  rer tout certificat médical déjà accordé et 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 AM   ainsi qu'aux professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une évaluation 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 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 AM   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'ARA.MED.150 (c) (4).

Date : **12/06/2023** 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 : DEME		Prénoms : CHEIKH AHMED HADY		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 18/02/2001		Lieu de naissance : GUEREO	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 180 cm	(203) Poids 82 kg	(204) Yeux couleur Nain	(205) Cheveux couleur Nain	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 107 Diastolique 65	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 56 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, tympons, 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
ER. Cadet. A. n Sengul. SA 24 ans. Cécité ouïe. Tabac 100 Adexo 111 = 0 Spant: 4x (sem

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

Œil droit sans correction	9	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	9	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	9	Corrigée à	

(230) Vision Intermédiaire N14 lu à 100cm	sans correction		avec correction	
Œil droit	Oui	Non	Oui	Non
Œil gauche	☒	☐	☒	☐
Vision binoculaire	☒	☐	☒	☐

(231) de près N5 lu à 30 - 50cm	sans correction		avec correction	
Œil droit	Oui	Non	Oui	Non
Œil gauche	☒	☐	☒	☐
Vision binoculaire	☒	☐	☒	☐

(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact		
Oui ☐	Non ☒	Oui ☐	Non ☐	
Type :		Type :		
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter
Œil droit				
Œil gauche				

(313) Perception des couleurs	Normale ☐	Anormale ☐
Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIIHARA	
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'examinateur	Oreille droite	Oreille gauche
	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)	13,2 (g/dl)	Normal ☒	Anormal ☐
Normal ☐	Anormal ☐	Normal ☐	Anormal ☐	Normal ☒	Anormal ☐

(248) Commentaires, limitations :				
Apté classe 1 → 19-06-2026				

(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 : 13-06-2026	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : Fax : Telephone : E-mail :	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : Numéro d'AME :
--------------------------------	--	---

Dr Patrick CORREA
 3, Av. des Ambassades
 DAKAR SENEGAL

Dr Patrick CORREA
 Médecine Aéronautique
 SN-MED-004
 DGAC N° 3857 - FAA-00773

Ref Rapport examen médical 03.09.2019