

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

(1) Pays de délivrance de licence :		(13) N° référence:	
(3) Nom : NGON		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☐ Classe 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA ☐	
(5) Prénom(s) : AWA		(4) Nom de naissance : AWA NGON	
(6) Date de naissance : 18/08/1981		(7) Sexe : Masculin ☐ Féminin ☒	
(8) Lieu et pays de naissance : DAKAR/SENEGAL		(12) Genre sollicité ☐ initial ☒ renouvellement/prorogation	
(10) Adresse permanente : ZAC NBOA Rufisque		(14) Type de licence désirée :	
Pays : SENEGAL		(15) Profession (principale) : PNC	
N° de téléphone : 77 555 33 13		(16) Employeur :	
Courriel : awa.ngon@airse.org.sn		(17) Dernier examen médical : Date : 31 mai 2024 Lieu : DOCTEUR KAOUEK	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types : SENEGALAISE Numéro de licence : SNPNCAR04720 Pays de délivrance : SENEGAL PASA 172024 17090008668		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ☐ Oui ☐ détails :	
(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 : _____		(21) Nombre total d'heures de vol : _____ (22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : _____	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☒ Oui ☐ Date : _____ Lieu : _____		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non ☒ Oui ☐ consommation journalière unités		(25) Type de vol envisagé :	
(29) Consommez vous du tabac ? ☒ Non jamais ☐ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt : _____		(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	
☒	☐	☐	☐	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐							

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)
POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : **NGON** Prénoms : **AWA** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **28/11/2025**
Lieu de naissance : **Abidjan**

(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 160 cm	(203) Poids 81 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 121 Diastolique 87	(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 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

Pne. Ac. Sanguin. SA. 4.5 ans. Nerveux.

Plainte : Dol épisodique. Hanche. R. suite à PAB

**Talca = 0
Aile = 0
N = 0
Spas = ±**

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(229) (de loin à 5m/6m en dixième) Lunettes/Contact

Œil droit sans correction	Corrigée à	10
Œil gauche sans correction	Corrigée à	10
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	10

(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 (233) Lentilles de contact

Oui ☒ Non ☐	Oui ☐ Non ☐
Type : A	Type :
Réfraction Sph	Cylindre
Œil droit	Axe
Œil gauche	Ajouter

(313) Perception des couleurs Normale ☐ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques Type **ISHIARA**

Nombre de tables présentées **10** 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

VEIMS/CV %	Peak Flow (l/min)	(g/dl)
Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☒ Anormal ☐

(235) Analyse d'urine Normale ☒ Anormale ☐

Glucose ☐	Protéines ☐	Sang ☐	Autres ☐
----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	☐	28-11-25	☒	☐
(239) Audiogramme	☐	28-11-25	☒	☐
(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 : **Apté** Nom : **Patrick CORREA**
Signature : **Patrick CORREA**
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N° 3857 - FAA-00773

(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/GCA
☐	☐	☐	☐	☒

(248) Commentaires, limitations :

Vide.

Apté Pme → 28-11-2025

(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 : 28-11-25	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 : Patrick CORREA Médecine Aéronautique SN-MED-004 DGAC N° 3857 - FAA-00773
------------------------------	---	--

Cabin Crew
MEDICAL REPORT

**EASA Cabin Crew Medical Report
Pertaining to a cabin crew attestation.**

[illegible]

MEDICAL REPORT - CABIN CREW	
VALIDITY	Máximo de 60 meses
ECG	Aos 40 anos, e todos os 5 anos após 50 anos
AUDIOGRAM	Inicial ou indicação clínica.
COMPREHENSIVE OPHTHALMOLOGY	Inicial ou indicação clínica.
HAEMOGLOBIN	Inicial
LIPIDS	Indicação clínica
RESPIRATORY FUNCTION TESTS	Indicação clínica
TONOMETRY	Indicação clínica
URINANALYSIS	Todos os exames

page intentionally left blank

MED.A.020 - Decrease in medical fitness	(a) Licence holders shall not exercise the privileges of their licence and related ratings or certificates at any time when they: (1) are aware of any decrease in their medical fitness which might render them unable to safely exercise those privileges; (2) take or use any prescribed or non-prescribed medication which is likely to interfere with the safe exercise of the privileges of the licence; (3) receive any medical, surgical or other treatment that is likely to interfere with the safe exercise of the privileges of the licence. (b) In addition, licence holders shall, without undue delay, seek aeromedical advice when they: (1) have undergone a surgical operation or invasive procedure; (2) have commenced the regular use of any medication; (3) have suffered any significant personal injury involving any incapacity to exercise the privileges of the licence; (4) have been suffering from any significant illness involving any incapacity to exercise the privileges of the licence; (5) are pregnant; (6) have been admitted to hospital or medical clinic; (7) first require correcting lenses. (d) Cabin crew members shall not perform duties on an aircraft and, where applicable, shall not exercise the privileges of their cabin crew attestation when they are aware of any decrease in their medical fitness, to the extent that this condition might render them unable to discharge their safety duties and responsibilities.
---	--

MED.A.020 - Diminuição da aptidão médica	a) Os titulares de licenças não exercerão os privilégios conferidos pela licença e pelas qualificações ou certificados conexos sempre que: (1) Tenham consciência de qualquer diminuição da sua aptidão médica que os possa incapacitar para exercerem em segurança esses privilégios; (2) Tomem ou utilizem medicamentos, com ou sem prescrição médica, suscetíveis de interferir no exercício seguro dos privilégios da licença aplicável; ou (3) Recebam um tratamento médico, cirúrgico ou outro que possa interferir na segurança do voo. b) Além disso, os titulares de licenças devem consultar, sem demora, um especialista em medicina aeronáutica sempre que: (1) Tenham sido submetidos a uma operação cirúrgica ou a um procedimento invasivo; (2) Tenham começado a utilizar regularmente medicamentos; (3) Tenham sofrido uma lesão física significativa que os incapacite para funcionarem como membros da tripulação de voo; (4) Padeçam de uma doença grave que os incapacite para funcionarem como membros da tripulação de voo; (5) Estejam grávidas; (6) Tenham sido internados num hospital ou numa clínica médica; ou (7) Tenham pela primeira vez necessidade de lentes corretivas. d) Os tripulantes de cabina não devem desempenhar funções numa aeronave nem, se for caso disso, exercer os privilégios dos seus atestados de tripulantes de cabina caso tenham consciência de uma diminuição da sua aptidão médica que os possa incapacitar para o desempenho das suas funções e responsabilidades.
--	---