

## 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:												
(0) N			(2) Certificat médical s	ité: (	Classe 1 □ Classe 2 □ LAPL □ PNC/CCA □										
(3) Nom: NGON			(4) Nom de naissance			(12) Genre sollicité initial renouvellement/prorogation									
(5) Prénom(s): A M (A) (6) Date de naissance (7) Se							(14) Type de licence désirée :								
(8) Lieu et pays de naissance :			18/108/1831	F	asculin K										
DAKA (15 ENEGA (10) Adresse permanente:	1		(9) Nationalité:	is	5	E	(16) Employeur:								
Zac OBas-Rufisa	70	E	(11) Adresse postale : (si différe	ente	ئ	LSQU	(17) Dernier examen médic	al:	9 ~	14					
Pays: SENEGAL  N° de téléphone: 77 5553  Courriel:	3	Pays:	Date: 31 Nav 2014 Lieu: Dootbur KAOUK												
(18) Licence(s) de vol possédéc(s	ma.	N° de téléphone: 33 13	(19) Conditions, limitations du certificat médical:  Non  Oui  détails :												
STORGOLAISE G	N	lumé	ro de licence Pays o	le de	liv	vrance									
PASA P	91	A 844770 SENTO 24 3008668	(21) Nombre total d'heures de vol : (22) Nombre d'heures de vol depuis dernier examen médical :												
(20) Est ce qu'une autorité aérona prononcé une décision de retrait o Non 🔼 Oui 🔲 Da Détails:	refusé de vous délivrer un certific cension de celui-ci ? Licu:	(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :													
		(25) Type de vol envisagé :													
(24) Accidents aériens ou incident Non 💢 Oui 🔲 Da	s de	vol 1	reportés depuis le dernier examen	mé	dic	cal?	(26) Agricultá gárianna actualla M								
Détails :	Lieu:	(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non Oui Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi:													
(27) Consommez vous de l'alcool	? No	on D	Oui   consommation journ	aliè	re	unités									
(29) Consommez vous du tabac?  Non jamais  Non act Oui  type et quantité:															
antécédents généraux et médicau à chaque question répondez en c	ix : a	avez	vous des antécédents connus d'	une	de	es maladi	es suivantes ?								
(101) Maladie ou opération	Oui	Non		Ou	N	ion Deta	mez dans la rubrique « (30)	Oui	Non	ues »	Oui	No			
oculaire		X			Ç	tropica	Paludisme, autre maladie lle		风	Antécédents familiau					
102) Avez-vous porté ou portez ous actuellement des lunettes	té ou portez		The second second	Test VIH positif		区	(170) Affection cardiaque		X						
t/ou des lentilles de contact	-		(114) Maux de tête fréquents ou graves		12	(125) I transm	Maladie sexuellement issible		X	(171) Hypertension artérielle					
103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen		R	(115) Accès de vertige/évanouissement		9	(126) du son	Frouble du sommeil, apnée nmeil		Ø	(172) Taux élevé de cholestérol		,X			
104) Allergic ou rhume des foins		×	I que son le mom		P	(127) I squelet	Maladie musculaire ou		×	(173) Epilepsie		K			
105) Asthme ou maladic oulmonaire		×	(117) Affection neurologique : AVC, epilepsie, convulsions, paralysie, etc		Þ		oute autre maladie ou		Ø	(174) Maladie mentale/suicide					
(106) Maladic du cœur ou des vaisseaux		凶	(118) Troubles psychologiques		-	(129) H	Hospitalisation		Ø	(176) Tuberculose					
		A	/ psychiatrique de toute nature				Recours à un médecin depuis ier examen médical			(177)		N N			
107) Tension artérielle élevée ou asse	Ó	X	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue		Þ	(131)	Assurance vie refusée pour		-	Allergic/asthme/eczéma (178) Maladie héréditaire		X			
108) Calcul rénal ou sang dans es urines		风	(120) Tentative de suicide ou		Ė	moth	médical		F	(179) Glaucome  A remplir uniquement por		es			
109) Diabète ou désordre ormonal		N N	automutilation		Þ	motif:	Refus de licence de vol pour nédical		X	femmes					
110) Affection de l'estomac, du pie ou des intestins			(121) Mal des transports nécessitant médication		Ò		exempté ou réformé du national pour motif médical		X	(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation		K			
111) Surdité ou maladie des reilles		Ø	(122) Anémic/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines		X	(134) F	ension ou indemnisation essure ou maladic			(151) Etes-vous enceinte?		×			
30) Remarques : Not At Acut  Declaration : Je soussigné(e), déclare avoir rénon	lu da f		., meet incomet be				V		ı						
<ol> <li>Déclaration: Je soussigné(e), déclare avoir répondenation ou erreur. l'autorité de licence peut DONSENTEMENT À LA PUBLICATION DYNFORM offessionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir steront la propriété de l'autorité qui délivre.</li> </ol>	MIOTA	NS MEI	DICALES. En cas de nécessité, j'autorise la transmi	ssion	le e	ce rapport et de	ses annexes, dans le respect du secret médical,	au má	decin é	autre action applicable en vertu du droi valuateur de l'autorité compétente de mon AME	it mati	lanni			

Posteroni la propriete de l'autorité qui délivre la licence, à condition que mot-incine ou mon medecin puisse y avoir accès conformement à la legislation nationale. Le secret médical sera respecté à tout moment disposition de mon AMI: afin de fournir les données historiques requisses dans le MEDA 035 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des États membres afin de faciliter l'application de l'ARA MED.130 (c) (4)

Date : 24 M CONG.

Signature du demandeur :

Signature du médicain examinateur REA

Signature du médecin examinateur REA
Médecin du du igue
SA PA D - 00 4
Rel Formulaire interface de central resolución de la constanta de la co



## RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL (Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR POUR	REMPLIR CET	TE PAG	E UTIL	ISER DES	LETTRES	S MAJUS	SCIII ES - <b>S</b> I	CDET ME	DICAL	
NOW: 13 SOLE	Prénoms :	AU	AC	L	Date de na lieu de na	aissance	(JJ/MM/AAAA)	-CRET IVIE	DICAL	
(201) Catégorie d'examen (202) Ta Initial Prorogation	ille (203) Poids	(204) coul		(205) Cheve couleur	eux (206)	Tension ar	térielle (assis) mmHg	(207) Pouls au repos		
Renouvellement Recours spécial		1	lui	Nai	Sys	stolique LQ (	Diastolique 2	Pulsations (bpm)	Rythme régulier irrégulie	
Examen clinique : Cochez chaque (208) Tête, face, cou, cuir chevelu	item	normal	anorn					normal	anormal	
(209) Cavité bucale, gorge, dents (210) Nez, sinus		4		(219) Anu	lomen, hern ıs, rectum (s	si nécessai	e re)	8		
(211) Oreilles, tympans, compliance t	vmpanique	4	H	(220) syst	tème aénito	-urinaire				
(212) Yeux- orbites et annexes, cham	ips visuels	4		(221) Sys	tème endoc nbres supér	rinien, thy	oïde	4		
(213) Yeux - pupilles				articulatio	ns			<b>A</b>		
(214) Yeux – mobilité oculaire, nystag		0		musculosi	onne vertébi quelettique			Ø		
(215) Poumons, thorax, seins	mus			(224) Exa	men neurolo	ogique- réf	lexes etc	X	H	
(216) Cœur		4		(225) Psy (226) Pea	u, marque d	l'identificat	ion evet			
(217) Système vasculaire				iymphatiqi	ue		- John Gyot.	4		
(228) Notes : Décrivez chaque anoma	lie constatée. Repor	tez le num	éro do l	itam august ale		entaire	d			
Plante: De apisod	ne. 814	4	Ja	ers. /l	ame	tell	Sh.	e	Tolbour Arle:	
Acuité visuelle (ne pas remplir ici los	re doe everene							A.	xuel = ±	
(229) (de loin à (5m/6m en dixième) Œil droit sans correction		_unettes/C	ontact	(235) Analys Glucose		téines	Normale 2		rmale 🔲	
Œil gauche sans correction	Corrigée à Corrigée à	10		Rapports a	0 1 1 10	tellies	O Sang		tres	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	10		(238) ECG			réalisé 0	Date n	ormal anorma	
		vec corre		(239) Audio	gramme		1 26			
Œil droit	Oui Non	Oui N	lon	(240) Exam (241) Exam	en Ophtalm	ologique				
Œil gauche Vision binoculaire		2		(242) Lipide	es sanguins					
(004) 4		<del>y</del>		(243) Fonct (320) Tonom	ion respirate					
N5 lu à 30 - 50cm		vec correction	otion Ion	(244) Divers	s(Sujet?):	D: mml	-lg			
Œil droit Œil gauche		ar .				ure du má	decin examina	tour do mád		
Vision binoculaire		A N		générale da	ns l'AeMC	et sa prop	osition d'aptit	teur de mede ude	cine	
(232) Lunettes	(233) Lentilles de	contact		Avis:	4 1 4		Nom:			
Oui Non I	Oui 🔲	Non 🔲			Anle		Signatura	D-4:6	2	
Réfraction Sph Cylir		Ajoute	er		1,1,-		Méd	Patri le leciment	ORREA	
Œil droit Œil gauche										
(313) Perception des couleurs	Normale	A=======		(247) Décisio	n du méde	cin-chef c	le l'AeMC ou d	C N°3857 .	FAA-00773	
Tables pseudo-isochromatiques	TypeISHIHAR	Anorma A	ie 🗀	APIE poi	ur la classe	<b>:</b>			JI GC	
Nombre de tables présentées	Nombre d'erreurs			certificat mé	dical délivré pa	ar le soussiar	né (copie jointe) pou	ır la classe:		
(234) Audition (ne pas remplir ici lors		fondis)		☐ INAPTE p						
(si 239/241 non réalisé) Tests de Voix de conversation perçue	Oreille droite   O	reille gauc	he	le destinata	ir une evalua ire :	tion compl	<b>émentaire</b> , dans	'affirmative, ind	iquer:	
a 2m le dos tourné vers l'examinateur	Oui Non	Oui Non		le motif :						
Audiométrie éventuelle										
Oreille droite 500 1000 2	2000 3000 40	000 60	00	➤Renvoi/concert	ation été prise aptéri	euroment ner	l'autorité en inscrire i			
Oreille gauche				complet et les ret	onter sur le cert	titicat d'antitud	a ramic ou condidat		t le libellé	
(236) Fonction respiratoire  VEMS/CV % Peak Flow		lémoglob	ine	Libellé :	••••••		du			
VEMS/CV % Peak Flow Normal ☐ Anormal ☐ Normal ☐ An	(I/min)	(g/ Anorma	dl)							
	Official Normal	Anorma		Champ d'ap du certi		CLASSE			PNC/CCA	
(248) Commentaires, limitations :	C	120	75						ORO	
1/10/-										
		0.	1- (	2110	20	78	11 100	6		
		HU	le '	1/100-	-J. 4	0-1	11- 202	U		
		1								
249) Déclaration du médecin-chef de	l'AeMC ou du méd	ecin agré	é							
et que ce rapport d'examen médical et	lement examiné (ou ses annexes contier			e médecins-co	onseils agré	és a exam	iné) le demande	eur mentionné	ci-dessus	
(250) date: Nom et adres	se du médecin-chef du médecin agréé:			u uno illo	andie comp	icie.				
ot nou.	an modeoni ayiee:			~	l'AeMC	ou du médeci	nefde Patric	k COR	EA	
28 - 11 - 24 Telephone:	E-mail:			7	en signa	ture:	Medecine /	eronautio	ue	
			05.		Numéro	u AME:	DGAC Nº386	7- 544 00	72	
							Her Happort	examen médical (	3.09 2019	

III Relatório Número / Report Number: Tripulante de Cabine **EUROPEAN UNION** 

RELATÓRIO MÉDICO

MEDICAL REPORT Cabin Crew

. . . .

EASA Cabin Crew Medica! Report Perfaining to a cabin crew attestation.

PORTUGAL l Estado emissor / State of issue:

.

Descrição / Description:

XIII Limitações / Limitations:

Código / Code

PT-19-0227

IV Último e primeiro nome do titular / Last and first name of holder:

Ngom, Awa

VI Data de Nascimento / Date of birth: 19-08-1981

VI Nacionalidade / Nationality: Senegalese

VII Assinatura do titular / Signature of holder:

1

31-01-2019 X Data de emissão e assinatura do AME / avallador médico: Date of issue and signature of issuing AME / medical assessor:

XI Carimbo / Stamp: APTO/FIT

PT/AME/C18001

Dra. Carla Sousa Pontes Medicina Aeronáutica

29-01-2024 .X. Data de Validade deste Relatório Expiry date of this Report

3

35

Último / Last: Próximo / Next: Audiograma / Audiogram | 29-01-2019 | 29-01-2024 Data do exame médico / Examination date: ECG

备

Observações / Comments:

	virial de la constant				40.47					
MEDICAL REPORT - CABIN CREW	Máximo de 60 meses	Aos 40 anos, e todos os 5 anos após 50 anos	Inicial ou indicação clínica.	Inicial ou indicação clínica.	Inicial	Indicação clínica	Indicação clínica	Indicação clínica	Todos os exames	*
MEDICAL REPO	VALIDITY	ECG	AUDIOGRAM	COMPREHENSIVE OPHTHALMOLOGY	HAEMOGLOBIN	LIPIDS	RESPIRATORY FUNCTION TESTS	TONOMETRY	URINANALYSIS	

(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 aero-(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. medical advice when they: ntentionally left

MED.A.020 - Decrease in medical filness

(a) Licence holders shall not exercise the privileges of their licence and related ratings or certificates at any time when they:

a) Os titulares de licenças não exercerão os privilégios conferidos

MED.A.020 - Diminuição da aptidão médica 🥫

(1) Tenham consciência de qualquer diminuição da sua aptidão

pela licença e pelas qualificações ou certificados conexos sempre médica que os possa incapacitar para exercerem em segurança (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

médica, suscetíveis de interferir no exercício seguro dos privilégios (2) Tomem ou utilizem medicamentos, com ou sem prescrição da licença aplicável; on

esses privilégios;

(3) Recebam um tratamento médico, cirúrgico ou outro que possa interferir na segurança do voo.

(1) Tenham sido submetidos a uma operação cirúrgica ou a um demora, um especialista em medicina aeronáutica sempre que: b) Além disso, os titulares de licenças devem consultar, sem 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 uncionarem como membros da tripulação de voo;

(5) Estejam grávidas; (6) Tenham sido internados num hospital ou numa clínica

where applicable, shall not exercise the privileges of their cabin crew filness, to the extent that this condition might render them unable to

discharge their safety duties and responsibilities.

26

(d) Cabin crew members shall not perform duties on an aircraft and, attestation when they are aware of any decrease in their medical

atestados de tripulantes de cabina caso tenham consciência de uma diminuição da sua aptidão médica que os possa incapacitar para o d) Os tripulantes de cabina não devem desempenhar funções num (7) Tenham pela primeira vez necessidade de lentes corretivas. aeronave nem, se for caso disso, exercer os privilégios dos seus desempenho das suas funções e responsabilidades.