

# FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence : <b>Portugal</b>		(13) N° référence:	
(3) Nom : <b>TOURE</b>		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input type="checkbox"/> Classe 2 <input checked="" type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/>	
(5) Prénom(s) : <b>Salomata</b>		(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation
(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : <b>09.09.1983</b>		(7) Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input checked="" type="checkbox"/>	(14) Type de licence désirée :
(8) Lieu et pays de naissance : <b>DAIKAR</b>		(9) Nationalité :	(15) Profession (principale) : <b>PNC</b>
(10) Adresse permanente : <b>Yoff Abenguegne</b>		(16) Employeur : <b>AIR SENEGAL SA</b>	
Pays : N° de téléphone : <b>776548671</b> Courriel : <b>Salytaou09@gmail.com</b>		(17) Dernier examen médical : Date : <b>29.03.2019</b> Lieu : <b>Portugal</b>	
(18) Licence(s) de vol possédée(s)		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :	
types                      Numéro de licence                      Pays de délivrance		(21) Nombre total d'heures de vol :	
<b>Senegalaise</b> <b>092020</b> <b>Senegal</b>		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :	
<b>FASA</b> <b>-</b> <b>Portugal</b>		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :	
(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 checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date :                      Lieu :		(25) Type de vol envisagé :	
Détails :		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input type="checkbox"/>	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date :                      Lieu :		(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi: <b>Aspirine</b> <b>Anti histaminique</b> <b>1 fois</b>	
Détails :			
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités			
(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		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"/>	<b>Antécédents familiaux</b>		
(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"/>			
(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 foies	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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 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 drpanocytaire/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"/>
(30) Remarques :									<b>A remplir uniquement pour les femmes</b>		
<b>ca. 2 P. cycle RAS</b>									(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation		
									(151) Etes-vous enceinte ?		

(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 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.

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 AME ainsi qu'aux professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une évaluation aéro médicale ou dans le cadre d'un recours. En reconnaissant que ces documents ou données stockés 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 AME afin de fournir les données historiques requises dans le MEDA.035 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assureurs médicaux des autorités compétentes des États membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date : **28.11.2024**

Signature du demandeur : **[Signature]**

Signature du médecin examinateur : **Dr Patrick GORRA**  
Médecine 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 : **TOURE** Prénoms : **Salimata** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **09.09.1983**  
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 <b>171 cm</b>	(203) Poids <b>75 kg</b>	(204) Yeux couleur <b>Noir</b>	(205) Cheveux couleur <b>Blanc</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <b>112</b> Diastolique <b>104</b>	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) <b>97</b> Rythme <input type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> irrégulier
--	-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	--	---

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal	normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input checked="" type="checkbox"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<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"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire  
**PAC. A en Seryel SA - L1 ans. Niveau 2e/3e.**

Tobacco  
Mle = c  
111 = 2e tit  
Sport = ±

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

Ceil droit sans correction	<b>10</b>	Corrigée à	
Ceil gauche sans correction	<b>10</b>	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	<b>10</b>	Corrigée à	

(230) Vision Intermédiaire N14 lu à 100cm

	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Ceil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ceil 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

	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Ceil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ceil 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		(233) Lentilles de contact		
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Type :		Type :		
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter
Ceil droit				
Ceil gauche				

(233) Perception des couleurs Normale  Anormale

Tables pseudo-isochromatiques **20** Type **ISHIHARA**

Nombre de tables présentées **20** Nombre d'erreurs **0**

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis) (si 239/241 non réalisés)

	Oreille droite		Oreille gauche	
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <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)	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	(g/dl) Normal <input checked="" type="checkbox"/>
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>

(248) Commentaires, limitations :  
**Suivillame T.A.**  
**Apte Puc → 28-11-2025**

(235) Analyse d'urine Normale  Anormale

Glucose  Protéines  Sang  Autres

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	<b>28-11-24</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>	<b>28-11-24</b>	<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**  
Signature : **Patrick CORREA**  
SN-MED-004  
DGAC N° 333 - 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 <input type="checkbox"/>	CLASSE 2 <input type="checkbox"/>	LAPL <input type="checkbox"/>	PNC/CCA <input checked="" type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	---

(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 : <b>28-11-24</b> et lieu :	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**  
Médecine Aéronautique  
SN-MED-004  
DGAC N° 333 - FAA-00773  
Réf Rapport examen médical 03.09.2019

PORTUGAL

CABIN CREW MEDICAL REPORT  
FOR CABIN CREW ATTESTATION (CCA)  
APPLICANT OR HOLDER

PORTUGAL

I State where the aero-medical assessment is conducted:

III Cabin crew attestation reference number:  
NOT APPLICABLE

IV Last and first name:  
Touré, Sallimata

XIV Date of birth (dd/mm/yyyy): 09-09-1983

VI Nationality: Senegalese

VII Signature of CCA applicant/holder:

II Aero-medical assessment result (fit/unfit):  
 FIT  UNFIT

Expiry date of the previous cabin crew medical report (dd/mm/yyyy):

Date of aero-medical assessment (dd/mm/yyyy): 29-03-2019

X Date of issue\* (dd/mm/yyyy): 02-04-2019

X Signature of the AAMC, AMIE or OHMP:

XI Seal or stamp of the AAMC, AMIE or OHMP:

**Dra. Carla Sousa Pontes**  
Medicina Aeronáutica

\*Date of issue is the date the Cabin Crew Medical Report is issued and signed.

XII Limitation(s), if applicable:

Code:  
Description:

Code:  
Description:

Code:  
Description:

IX Expiry date of this medical report (dd/mm/yyyy):

02-04-2024

Limitations (AMC1 MED C.035)

(MCL) - restriction to operate only in multi-cabin crew operations  
(OOL) - restriction to specified aircraft types  
(OAL) - restriction to a specified type of operation  
(TAL) - requirement to undergo the next aero-medical examination and assessment at an earlier date than required by MED C.005(b)  
(SAC) - requirement to undergo specific regular medical examination(s)  
(CVL) - requirement for visual correction  
(CCL) - requirement for visual correction by means of contact lenses that correct for defective vision  
(HAL) - requirement to use hearing aids  
(SAL) - special restriction as specified

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,
  - (4) in addition, licence holders shall, without undue delay, seek aero-medical advice when they
    - (1) have undergone a surgical operation or invasive procedure,
    - (2) have consumed 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 care,
    - (7) they 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.