

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

(1) Pays de délivrance de licence : PORTUGAL		(13) N° référence:	
(3) Nom : DIENE		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☐ Classe 2 ☒ LAPL ☐ PNC/CCA ☒	
(5) Prénom(s) : ITATADOU LATIHE		(4) Nom de naissance	
(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 02-10-1996		(7) Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐	
(8) Lieu et pays de naissance : DAKAR / SENEGAL		(9) Nationalité : SENEGALAIS	
(10) Adresse permanente : KOUTOUTI Pays : SENEGAL N° de téléphone : 77 00 00 00 Courriel :		(11) Adresse postale : (si différente) Pays : N° de téléphone :	
(12) Genre sollicité ☐ initial ☐ renouvellement/prorogation		(14) Type de licence désirée :	
(15) Profession (principale) : PTC		(16) Employeur : AIR SENEGAL SA	
(17) Dernier examen médical : Date : 31-01-2019 Lieu : PORTUGAL		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ☐ Oui ☐ détails :	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéro de licence Pays de délivrance P-2519CCOL002 PORTUGAL		(21) Nombre total d'heures de vol :	
(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 :		(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 : Détails :		(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 : Oui ☐ type et quantité :		(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 : DJELE		Prénoms : TATADOU LATIPE		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 02.10.1994		Lieu de naissance : DAKAR SENEGAL	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 196 cm	(203) Poids 108 kg	(204) Yeux couleur Marron	(205) Cheveux couleur Nbr	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 122 Diastolique 80	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 81 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
PNC Aci Senegal SA, 30ans, Divorcé 10 ans
Tobac : 0 Alcohol : 0 Spirtu : 0

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

Œil droit sans correction	08	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	07	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	09	Corrigée à	

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

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

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

(313) Perception des couleurs	Normale ☐	Anormale ☐
Tables pseudo-isochromatiques	Type I S H I H A R A	
Nombre de tables présentées 20	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 Oui ☐ Non ☐
	Oreille gauche Oui ☐ Non ☐

Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine	
VEEMS/CV	%	Peak Flow (l/min)	(g/dl)
Normal ☐	Anormal ☐	Normal ☐	Anormal ☒

(248) Commentaires, limitations :				

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

(235) Analyse d'urine	Normale ☒	Anormale ☐
Glucose 0	Protéines 0	Sang 0
Autres		

Rapports annexés	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	☐	18/07/2022	☒	☐
(239) Audiogramme	☐		☐	☐
(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 :	Nom :
	Signature :

(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/CCA ☐

Nom : DISSIE

Prénom : MATADOU LATZIE

Date de Naissance : 02-10-1994 (30)

Lieu de Naissance : DAKAR

Numéro Tél. : 77 100 44 00

Poids : 109 Kg

Taille : 1'96

T.A : 199/80

Pouls : 81

Urines : 0 Gly 0.88 Ng 16.5

Sams c.
OD 8
OC 7
ay 9
ish 20
nt OK
Chp OK

"P=0 Pleu
"Sput+ TP=0
"Go=20. 3000
"PWA AS seen
"Distance 1E
"Psycho. test
"T=0 An
"Sput
PNC Air Senegal 8A
30ms, direction
"T=0
"Heart=0
"Sput=0
"TP=0