

Nom : Diop

Prénom : Amy Dieng

Date de Naissance :

Lieu de Naissance :

Numéro Tél. :

Poids : 77 Kg

Taille : 1 m 75

T.A : 111 / 65

Pouls : 88

Urines : Gly : 100 Hg : 11.8

Sams c

PMC, 36 → cells
Ave SE

01 8

- Thro

06 8

- Hc 20

24 8

- Spk 20

- Hdt 2

15h, 20

- TMC ~~36~~ 24 days of 8h

36 hrs, Celebration

2-3 c f v

- Hc = 0 - Spk = 0

- Hdt = 0 - Hdt = 0

17+, OK

chp, OK

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: | (2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input checked="" type="checkbox"/> |
| (3) Nom : DLOP | (4) Nom de naissance | (12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input type="checkbox"/> renouvellement/prorogation |
| (5) Prénom(s) : AMY DIENG | (6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 05/07/1989 | (7) Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input checked="" type="checkbox"/> |
| (8) Lieu et pays de naissance : | (9) Nationalité : SENEGALAISE | (14) Type de licence désirée : |
| (10) Adresse permanente : SACRE COEUR 3 | (11) Adresse postale : (si différente) | (15) Profession (principale) : HOTESSE DE L'AIR |
| Pays : N° de téléphone : 776711993 Courriel : | Pays : N° de téléphone : | (16) Employeur : AIR SENEGAL |
| (18) Licence(s) de vol possédée(s) types : CASA Numéro de licence : PI 190330 Pays de délivrance : PORTUGAL | (17) Dernier examen médical : Date : 21/01/2019 Lieu : Portugal | |
| (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 : _____ Détails : | (19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails : | |
| (24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : _____ Lieu : _____ Détails : | (21) Nombre total d'heures de vol : | (22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : |
| (27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités | (23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : | |
| (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 : | (25) Type de vol envisagé : | |
| | (26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input type="checkbox"/> | |
| | (28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 | <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 checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (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"/> |
| (104) Allergie ou rhume des foies | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (115) Accès de vertige/évanouissement | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil | <input checked="" type="checkbox"/> | <input 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"/> |
| (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"/> |
| (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"/> |
| (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 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"/> |
| (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"/> |
| (111) Surdité ou maladie des oreilles | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (122) Anémie/Trait drépanocytaire/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"/> |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

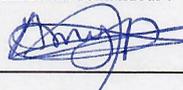
(30) Remarques :

(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 en cas d'annulation 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 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 AME afin de fournir les données historiques requises dans le MED.A.035 (b) (2) (i) / (iii) ainsi qu'aux assessseurs médicaux des autorités compétentes des Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date :

15/07/2025

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 : **DIOP** Prénoms : **ADY DIENG** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **05/07/1989**
 Lieu de naissance : **BARONY**

| | | | | | | |
|--|------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| (201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille 175cm | (203) Poids 77kg | (204) Yeux couleur Norrou | (205) Cheveux couleur Nour | (206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 111 Diastolique 65 | (207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 88 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 type="checkbox"/> |
| (209) Cavité bucale, gorge, dents | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (219) Anus, rectum (si nécessaire) | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (210) Nez, sinus | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (220) système génito-urinaire | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (211) Oreilles, tympans, compliance tympanique | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (221) Système endocrinien, thyroïde | <input checked="" 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
PNC Air Sénégal SA, 36 ans, celébrant sans effet chérolide koubail (218), Tabac = 0 Chicha +, Alcool = 0 Sprts = 0 Adabo

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

| | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|------------|--|
| Ceil droit sans correction | <input checked="" type="checkbox"/> | Corrigée à | |
| Ceil gauche sans correction | <input checked="" type="checkbox"/> | Corrigée à | |
| Vision binoculaire, sans correction | <input checked="" type="checkbox"/> | Corrigée à | |

(230) **Vision Intermédiaire** sans correction avec correction
 N14 lu à 100cm

| | | | | |
|--------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 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** sans correction avec correction
 N5 lu à 30 - 50cm

| | | | | |
|--------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 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** Oui Non Type : Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter
 (233) **Lentilles de contact** Oui Non Type : Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter

(235) **Analyse d'urine** Normale Anormale
 Glucose Protéines Sang Autres

Rapports annexés

| | Non réalisé | Date | normal | anormal |
|-------------------------------|--------------------------|-----------------|-------------------------------------|--------------------------|
| (238) ECG | <input type="checkbox"/> | 12/07/25 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (239) Audiogramme | <input type="checkbox"/> | | <input 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 : _____ Nom : _____
 Signature : _____

(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 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** VEMS/CV % Peak Flow (l/min) Normal Anormal
 (237) **Hémoglobine** (g/dl) Normal Anormal

(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 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(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 : _____ 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 : _____ |
|---------------------------------------|---|---|