

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 : SARR		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☐ Classe 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA ☐	
(5) Prénom(s) : NDIAGA FAWADE		(4) Nom de naissance : SARR	(12) Genre sollicité ☐ initial ☒ renouvellement/prorogation
(6) Date de naissance : 12-02-1988		(7) Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐	(14) Type de licence désirée :
(8) Lieu et pays de naissance : SENEGAL		(15) Profession (principale) : Personnel navigant cabine	
(10) Adresse permanente : Hamo h villg s/467		(16) Employeur : AIR SENEGAL	
(9) Nationalité : senégalaïse		(17) Dernier examen médical : Date : 30-mai-2022 Lieu :	
(11) Adresse postale (si différente)		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ☐ Oui ☐ détails :	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéro de licence Pays de délivrance		(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 :		(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) : A330 - A390 series	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non ☒ Oui ☐ consommation journalière unités		(25) Type de vol envisagé : court, moyen, long courrier	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais ☒ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt : Oui ☐ type et quantité :		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☐ Multiplane ☐	
		(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
(101) Maladie ou opération oculaire	☒	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	☒	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	☒	Antécédents familiaux	
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	☒	(113) Traumatismes crâniens ou commotion	☒	(124) Test VIH positif	☒	(170) Affection cardiaque	☒
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	☒	(114) Maux de tête fréquents ou graves	☒	(125) Maladie sexuellement transmissible	☒	(171) Hypertension artérielle	☒
(104) Allergie ou rhume des foies	☒	(115) Accès de vertige/évanouissement	☒	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	☒	(172) Taux élevé de cholestérol	☒
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	☒	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	☒	(127) Maladie musculaire ou squelettique	☒	(173) Epilepsie	☒
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	☒	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	☒	(128) Toute autre maladie ou blessure	☒	(174) Maladie mentale/suicide	☒
(107) Tension artérielle élevée ou basse	☒	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	☒	(129) Hospitalisation	☒	(175) Diabète	☒
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	☒	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	☒	(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	☒	(176) Tuberculose	☒
(109) Diabète ou désordre hormonal	☒	(120) Tentative de suicide ou automutilation	☒	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	☒	(177) Allergie/asthme/eczéma	☒
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	☒	(121) Mal des transports nécessitant médication	☒	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	☒	(178) Maladie héréditaire	☒
(111) Surdité ou maladie des oreilles	☒	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	☒	(133) Exempt� ou réformé du service national pour motif médical	☒	(179) Glaucome	☒
				(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	☒	A remplir uniquement pour les femmes	
						(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	☐
						(151) Etes-vous enceinte ?	☐

(30) Remarques :

(31) Déclaration : Je soussignée, déclare avoir répondu de façon s c re 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 d j accordé ou refuser de me fournir un nouveau certificat médical, sans préjudice de toute autre action applicable en vertu du droit national. CONSENTEMENT   LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MÉDICALES : En cas de nécessité, j'autorise la transmission de ces documents et de mes 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 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 DONNÉES 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 M DA.035 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des  tats membres afin de faciliter l'application de l'ARA-MED.130 (c) (4).

Date :

28-11-2024

Signature du demandeur :

ANAT

Signature du médecin examinateur :

DR. CORREA
Médecine Aéronautique
STAC-MED-004
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 : **SARR** Prénoms : **Ndiaga Pawade** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **19-09-1988**
Lieu de naissance : **Modina Gounnam**

(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 185 cm	(203) Poids 82 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 135 Diastolique 87	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 84 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 buccale, 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 Ain Senegal A320 A320X 19.36ans 1an 3septs
Taked = 0
Ade = 0
IT = 0
Sport = 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	9	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	9	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	9	Corrigée à	

(230) Vision Intermédiaire N14 lu à 100cm

sans correction		avec correction	
Œil droit	Oui	Non	Oui
Œil gauche	Oui	Non	Oui
Vision binoculaire	Oui	Non	Oui

(231) de près N5 lu à 30 - 50cm

sans correction		avec correction	
Œil droit	Oui	Non	Oui
Œil gauche	Oui	Non	Oui
Vision binoculaire	Oui	Non	Oui

(232) Lunettes (233) Lentilles de contact

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

(313) Perception des couleurs Normale ☐ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques Type I S H I H A R A **0**

Nombre de tables présentées **92** 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	Oui
	Non ☐	Non ☐

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

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

(248) Commentaires, limitations :

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 : 28-11-24	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 Aeronautique
SN-MED-004
DGA/RN 3857 - FAA-00773