

**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:	
		(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 : <b>MBAYE</b>		(4) Nom de naissance	
(5) Prénom(s) : <b>AMADOU</b>		(6) Date de naissance (jj/mm/aaaa) <b>16/02/1989</b>	
(8) Lieu et pays de naissance : <b>DAKAR</b>		(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	
(10) Adresse permanente : <b>ZAC AIBAO</b>		(9) Nationalité : <b>SENEGALaiso</b>	
Pays : <b>SENEGAL</b> N° de téléphone : <b>77 320 3975</b> Courriel : <b>amadou.mbaye@airsenegal.sen</b>		(11) Adresse postale : (si différente)	
(18) Licence(s) de vol possédée(s)		Pays :	
types		Numéro de licence	Pays de délivrance
(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 : Détails :		(16) Employeur : <b>AIR SENEGAL</b>	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Détails :		(17) Dernier examen médical : Date : Lieu :	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :	
(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 :		(21) Nombre total d'heures de vol : (22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :	
(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :		(25) Type de vol envisagé : <b>Vol long courrier</b>	
(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		(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 crânien ou commotion		(124) Test VIH positif		(170) Affection cardiaque <input type="checkbox"/> <b>V</b>	
		(114) Maux de tête fréquents ou graves		(125) Maladie sexuellement transmissible		(171) Hypertension artérielle <input type="checkbox"/> <b>V</b>	
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen		(115) Accès de vertige/évanouissement		(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil		(172) Taux élevé de cholestérol <input type="checkbox"/> <b>V</b>	
(104) Allergie ou rhume des foins		(116) Perte de conscience quel que soit le motif		(127) Maladie musculaire ou squelettique		(173) Epilepsie <input type="checkbox"/> <b>V</b>	
(105) Asthme ou maladie pulmonaire		(117) Affection neurologique : AVC, epilepsie, convulsions, paralysie, etc...		(128) Toute autre maladie ou blessure		(174) Maladie mentale/suicide <input type="checkbox"/> <b>V</b>	
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux		(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature		(129) Hospitalisation		(175) Diabète <input type="checkbox"/> <b>V</b>	
(107) Tension artérielle élevée ou basse		(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue		(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical		(176) Tuberculose <input type="checkbox"/> <b>V</b>	
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines		(120) Tentative de suicide ou automutilation		(131) Assurance vie refusée pour motif médical		(177) Allergie/asthme/eczéma <input type="checkbox"/> <b>V</b>	
(109) Diabète ou désordre hormonal				(132) Refus de licence de vol pour motif médical		(178) Maladie héréditaire <input type="checkbox"/> <b>V</b>	
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins		(121) Mal des transports nécessitant médication		(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical		(179) Glaucome <input type="checkbox"/> <b>V</b>	
(111) Surditè ou maladie des oreilles		(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines		(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie		(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation <input type="checkbox"/> <b>V</b>	
A remplir uniquement pour les femmes							
(151) Êtes-vous enceinte ? <input type="checkbox"/> <b>V</b>							

(30) Remarques :

*Hypotension*

(31) Déclaration : Je déclare avoir répondu de façon sincère aux questions qui m'ont été posées lors du présent examen et je 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 CONSENTHÉMIENT À LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MÉDICALES. 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 AMI 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 deviennent ci resteront la propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que moi-même ou mon médecin puissent 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 AMI afin de fournir les données historiques requises dans le MED A 035 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assessors médicaux des autorités compétentes des Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA MED 130 (c) (i) (ii).

Date : **30/05/2022**

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

**Dr Patrick CORREA**  
Médecin Aéronautique  
MDU04/ANAC/SIB/TA/08  
DGAC N° 3857 - FAA 0073

Ref Formulaire pour demande de certificat médical (version 2019) - 06/06/2019

**RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL**  
(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)  
**POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL**

NOM : **MBAYE**

Prénoms : **AMADOU**

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **16/02/1989**  
Lieu de naissance : **DAKAR**

(201) Catégorie d'examen  
 Initial  
 Prorogation  
 Renouvellement  
 Recours spécial

(202) Taille

**175** cm

(203) Poids

**85** kg

(204) Yeux couleur

**bleu**

(205) Cheveux couleur

**Noir**

(206) Tension artérielle (assis) mmHg

Systolique

**130**

Diastolique

**07**

(207) Pouls au repos Pulsations (bpm)

**74**

Rythme  
 régulier  
 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"/>	<input type="checkbox"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire					

PNC Air Sénégal SA ; objectif formation ENAT précédent 6ans à RAR.

33ans / au 3 effets.

Tabac = 0.  
Alcool = 0.  
III = 0.

Spacel-o.

**Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)**

(229) (de loin à (5m/6m en dixième)	Lunettes/Contact	
Oeil droit sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>	Corrigée à
Oeil gauche sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>	Corrigée à
Vision binoculaire, sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>	Corrigée à

(230) Vision Intermédiaire

N14 lu à 100cm	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Oeil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oeil 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
Oeil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oeil 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 <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	(233) Lentilles de contact	
		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Type :		Type :	
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe
Oeil droit			Ajouter
Oeil gauche			

(234) Perception des couleurs

Tables pseudo-isochromatiques	Normale <input type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>
Nombre de tables présentées	<b>8</b>	Type I SHIHARA <b>0</b>

(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'examinateur	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire

VEMS/CV	%	Peak Flow (l/min)	<b>14.5</b> (g/dl)
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input checked="" type="checkbox"/>

(248) Commentaires, limitations :

Pycémie : 86 mg/dl

Apé PNE → 30-05-2024

(249) Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

Je soussigne 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 :

**30 MAI 2022**

Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé:

**D/Patrick CORREA**  
3, Av. des Ambassades  
DAKAR SENEGAL

Fax:

Telephone:

E-mail:

Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature:  
**D/Patrick CORREA**  
 MD/004/ANACS/DTA/08  
 DGAC N° 3857 - FAA 00773

Réf Rapport examen médical 03.09.2019