

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:										
(1) 1 dys as assistance as neches.				11.	•.	, ,	711 🗖 (1 - 0.6	_		I ADI - DNG/G	~ -	_	
(3) Nom : • • • • • • • • • • • • • • • • • •			(2) Certificat médical so)III	Cit	e: C	Classe 1 Classe 2	-		LAPL PNC/CO			
NOITHSE	\equiv		(4) Nom de naissance				' '	init ren		llement/prorogation			
(5) Prénom(s):			(6) Date de naissance	(7)	Se	xe:	(14) Type de licence désirée	:					
AWA			17103183	N	1aso Fén	culin 🗖 ninin 🔀	(15) Profession (principale)	: /	P	110			
(8) Lieu et pays de naissance :	_		(9) Nationalité :							VC			
Diller Senego	y		Sene 80 Uo	ü	2		(16) Employeur: AR	•	56	8/09/a	2		
(10) Adresse permanente:			(11) Adresse postale : (si différen	nte)			(17) Dernier examen médica	1:	C	08/09/	- A	40	3
01 lite Imposeth	SAAR	an pe					Date:			010010	X O	<<	-
Pays:	3	2					Lieu:						
N° de téléphone : 48 104	06	67	Pays:										
Courriel:	20	11 -1	N° de téléphone :				(19) Conditions, limitations	du c	ertifi	cat médical:			
							Non 🔲 Oui 📉				1		
(18) Licence(s) de vol possédée(s)							1	•		V D C	1	a	n
types	Nı	umér	o de licence Pays de	e dé	livr	ance							
							(21) Nombre total d'heures o	de	(22) Nombre d'heures de vo	l depu	is le	
4							vol:		der	nier examen médical :	-		
(20) Est ce qu'une autorité aéronau	tian	0 2 t	ofusé do vous délivror un cortifica	+	ádi.		(22) Classa/Tassa(a) 11 - /	C	1 11				
prononcé une décision de retrait ou	de	suspe	ension de celui-ci?	1111	earc	ai,	(23) Classe/Type(s) d'aérone	er ac	tuen	ement utilise(s):			
Non Oui Da			Lieu:										
Details:							(25) Type de vol envisagé :						
							(23) Type de voi envisage :						
(24) Accidents aériens ou incidents		vol r		méc	lica	1?	(26) Activité aérienne actuel	le : l	Mono	pilote	ilote		
Non Oui Da	te:		Lieu:				(28) Prenez vous actuelleme					ıi [7
Details:							Nature et dose du médicame	nt, d	epuis	s quand est il pris et pour	quoi:	. [
									-		•		
(27) Consommez vous de l'alcool	? No	n 🗆	Oui Consommation journa	alièi	e	unités							
(29) Consommez vous du tabac? Non jamais Non acti	11 .		- D D-4-1-11-2										
Non jamais Non acti Oui type et quantité :	aene	men	t 🔲 Date de l'arrêt :										
Antécédents généraux et médicau	v · o	WAY !	vous dos antégédants connus d'a		don	malad:							
A chaque question répondez en co	ocha	nt O	UI ou NON (ou selon ce qui est	inc	lian	maiadi ié). Déts	es suivantes <i>:</i> villez dans la rubrique <i>u (</i> 30)	ron	arai	105 %			
		Non			No		ince dans la l'ablique « (50)		Non	ics //	1	Oui	Non
(101) Maladie ou opération		攻	(112) Affection de la gorge, du			(123)	Paludisme, autre maladie			Antégédonte for	.:1:		
oculaire	_	44	nez, trouble du langage	ᆜ	1	tropica	ale		风	Antécédents fan	imaux	<u> </u>	
(102) Avez-vous porté ou portez			(113) Traumatismes crânien ou commotion		1/A	(124)	Test VIH positif		X	(170) Affection cardiaqu	ıe	П	赵
vous actuellement des lunettes	K		(114) Maux de tête fréquents	_	7		Maladie sexuellement	_	1		-		
et/ou des lentilles de contact			ou graves		K		nissible		网	(171) Hypertension artéi	rielle		M
(103) Modifications dans la		_	(115) Accès de		١,	(126)	Trouble du sommeil, apnée		_	(172) T (1(-1-			
prescription de lunettes/lentilles		Ø	vertige/évanouissement		Į.	du son			汝	(172) Taux élevé de cholestérol	7-		Ŕ
depuis le dernier examen		-	(116) Perte de conscience quel		-			_	<u>'</u>	Cholesteror			
(104) Allergie ou rhume des foins	Ø		que soit le motif		X	squele	Maladic musculaire ou			(173) Epilepsie			à
(105) Asthme ou maladie			(117) Affection neurologique :	ı		1			/ \	(174) Maladie mentale/si	uicide	П	IXI
pulmonaire		K	AVC, epilepsie, convulsions,		X	(128)	Toute autre maladie ou		100				
pumonane		1	paralysic, etc		′	blessu	re			(175) Diabète			
(106) Maladie du cœur ou des		١,	(118) Troubles psychologiques			(129)	Hospitalisation		D)	(176) Tuberculose			K
vaisseaux		女	/ psychiatrique de toute nature		X	(130)	Recours à un médecin depuis	-	1	(177)		-	
							nier examen médical		×	Allergie/asthme/eczéma			X .
(107) Tension artérielle élevée ou		X	(119) Traitement pour abus		X	(101)	Assurance vie refusée pour		PROTE .	(178) Maladie héréditair			×
basse	_	M	d'alcool ou de drogue	ш	44	motif	médical		K	(179) Glaucome			Z
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines		X	(120) Tentative de suicide ou			(122)	Dafin da licere de 1			A remplir uniqueme	nt pou	ır le	S
(109) Diabète ou désordre			automutilation		À		Refus de licence de vol pour médical		X	femmes			_
hormonal		B				moun	medicai			(150) Affection(s)			
(110) Affection de l'estomac, du		ìơi	(121) Mal des transports	_	X	(133)	Exempté ou réformé du	_	6	gynécologique, problèm	es		×
foie ou des intestins		M	nécessitant médication		LA	service	e national pour motif médical		X	de menstruation			
(111) Surdité ou maladie des	_	est.	(122) Anémie/Trait	_		(134)	Pension ou indemnisation	_	_				4
oreilles		A	drépanocytaire/autres maladies sanguines		Ė		lessure ou maladie	ш	ĮŽ-	(151) Etes-vous enceinte	?		」
(30) Remarques :			Sangunes		_								_
A. 1-3 a.l	1.	TIL	É ammi (les	9)								
1000 extrange	w	111	e man cos										
(31) Déclaration : Je soussigné(e), déclare avoir répond	lu de f	açon si	ncère aux questions qui m'ont été posées lors du pr	ésent	exam	en et ne pas	avoir connaissance de troubles de mon état de	santé	autres q	ue ceux que j'ai signalés. Je comprende	s qu'en ca	as de f	ausse
CONSENTEMENT À LA PUBLICATION D'INFORM	ATIO	NS MÉ	DICALES : En cas de nécessité i autorise la transm	er de	de ce	rapport et de	n nouveau certificat medical, sans préjudi	ice de	toute	autre action applicable en vertu	du droit	t natio	onal
resteront la propriété de l'autorité qui déliver	la la	licence	a condition one mai-mâma ou mon m	onnai	ssant	que ces docu	ments ou données stockées électroniquement do	ivent d	tre utili	sés pour compléter une évaluation médi	cale et de	viendre	ont et
NOTIFICATION DE DIVULGATION DE DONNEES disposition de mon AME afin de fournir les donnée													
Date:			Signature					ų. <i>[</i>	De			(3)	
			Signature	uu (.0111	unaçui .		191	Wed	ecine Aeronautiq			
14/09/202	2		1 4	1	-	10,		1	S	A Aerona	EA		
17101202	J]		10	2			•	10	GA	ecine Asian autique manufacture production Action Action Action (1997)	ue		
								Ref Fo	rmulaire	Hour terminar neg certificat medical Ed Dedic	on 2019/002/	R 03.09	.2019

Liberté · Égalité · Fraternité

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE POUR REMPLIR CETTI	E PAGE	E UTILISE					
NOM: NSiA 46 Prénoms:	Al	NA	Date Lieu	de naissance de naissance	(JJ/MM/AAAA):	17/0]	3189
(201) Catégorie d'examen (202) Taille (203) Poids Initial	(204) \ coule	,	205) Cheveux couleur	(206) Tension art	mmHg	(207) Pouls a	au repos
☐ Prorogation ☑ Renouvellement ☐ Recours spécial	N	lan	Mair.	Systolique 130	Diastolique 40	Pulsations	Rythme
	normal	anormal				normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu (209) Cavité bucale, gorge, dents	A			en, hernie, foie, rat		at.	
(210) Nez, sinus	<u>/</u> /	H		ectum (si nécessai e génito-urinaire	re)	<u> </u>	
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	Ø		(221) Systèm	e endocrinien, thy		4	
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	Ø		articulations	es supérieurs et in	férieurs,	A	
(213) Yeux – pupilles	囚		(223) Colonne	e vertébrale et app	areil	G G	
(214) Yeux – mobilité oculaire, nystagmus	4			n neurologique- réf	flexes etc	A	
(215) Poumons, thorax, seins (216) Cœur	4		(225) Psychia	atrie narque d'identificat	tion syst	<u>Z</u>	
, ,	4		lymphatique		iion, ayat.	<u> </u>	
(217) Système vasculaire (228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Report	Z ez le num	│ □ □ néro de l'iter	(227) Etat géi m avant chagu	neral e com mentair e /		4 ′	
PNC. Ain Some al. 34	all	. 1	aure 1	il ent.			Tolloen
0 -			Doc	Vi	0 - 11	CAS	A-le=0
(228) Notes: Décrivez chaque anomalie constatée. Reporte PML. At a Seurgal. 34 Semi pam Hyperexitable	(FS	W). III	= Boleco	une contro	reant=	: ((· · ·	Spart=3
1 01							711. P.D.
Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens appr	rofondis)	11	235) Analyse	d'urine	Normale	Δn	normale \square
(229) (de loin à (5m/6m en dixième)	unettes/0		Glucose	Protéines	Sang		utres
Œil droit sans correction Corrigée à Œil gauche sans correction Corrigée à	10		Rapports ann	iexés	Non	Date	normal anormal
Vision binoculaire, sans correction Corrigée à	10		(238) ECG		réalisé	4-05-203	
	vec corre	ection	(239) Audiogra	amme		10500	
N14 lu à 100cm Oui Non Œil droit		Non		Ophtalmologique			
CEII gauche	Ø	╂┤├	(241) Examen (242) Lipides :		$-\Box$		<u>무 무</u>
Vision binoculaire	R		(243) Fonction	respiratoire			
	vec corre	ection	(320) Tonométrie (244) Divers(S		mHg 🔲		
N5 lu à 30 - 50cm Oui Non CEil droit		Non L		-	<u> </u>		
Œil gauche	X			et signature du m l'AeMC et sa pro			decine
Vision binoculaire	X	┸╜┌	Avis :	TAEWIC Et Sa più		_	DDEA
(232) Lunettes (233) Lentilles de		t	, N	1.1	Móde	atrick Co	PILITIE
Oui Non Oui Type :	Non []	1	tnw-	Signature	Cine Acren	004
Réfraction Sph Cylindre Axe	Ajou	iter			DGAC	N°3857 - FA	AA-00773
Œil droit Œil gauche		L		1			
(313) Perception des couleurs Normale	Anorm			du médecin-chef	de l'AeMC ou	du médecin	agréé
Tables pseudo-isochromatiques	Λ	0	APTE pour				
Nombre de tables présentées Nombre d'erreurs	0		☐ certificat médic ☐ INAPTE po	al délivré par le souss	igné (copie jointe)	pour la classe:	
(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens appro	ofondie)	1_		ur la classe : une évaluation com	niámenteire des	no l'affirmativa i	indiauor
(si 239/241 non réalisé) Oreille droite C		uche	le destinataire		piememane, da	ns i allimative, i	naiquer.
Tests de Voix de conversation perçue Oui A 2m le dos tourné vers l'examinateur Non	Oui Non	Ø.	le motif :	•			
	NON						
Audiométrie éventuelle Hz 500 1000 2000 3000 4	000 6		➤ Renvoi/concertati				
Oreille droite				té prise antérieurement p rter sur le certificat d'apti			es et le libellé
Oreille gauche			Décision N°				
(236) Fonction respiratoire (237) VEMS/CV % Peak Flow (I/min)	Hémoglo パッパ(Libellé :				
()	l ⊠ Anori		Champ d'app	lication CLAS	SE 1 CLASS	E 2 LAPL	PNC/CCA
	erc=o.	98	du certifi				E E
(248) Commentaires, limitations :	9 5	Paker	Parala	TTU 1 040			
VII. Say became	april	30100	CERTIFIE				
Anyonto ECO RAS	Λ	-	0 (PALO.	. /	C	2091
(248) Commentaires, limitations: Sour flecaine Anymoto Eco RAS	H	ne e	xure \	1100	7.14	-0 y - 9	004
		9					
(249) Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du mé Je soussigne certifie que j'ai personnellement examiné (oi			e médecine co	nepile agréés a cu	aminé) le domo	andeur montion	nné ci-dessus
et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contie	ennent no			nière complète.			
(250) date : Nom et adresse du médecin-chef	r Pa		CORRE	Cachet du médeo	in-cher de Pat decin agréé de ci	trick COI	REA
et lieu:				l'AeMC ou du mé	decin ad deci	ne Aerona	utique
et ileu: (4 - 09 - 67) Fax: Telephone: E-mail:			nbassade	et signature:	DGACN	MED-0	00773
Telephone: E-mail:	DAK	AR SE	NEGAL	Numéro d'AME:			The same of the sa
		-			Het Ra	pport examen méd	ival 03.09.2019



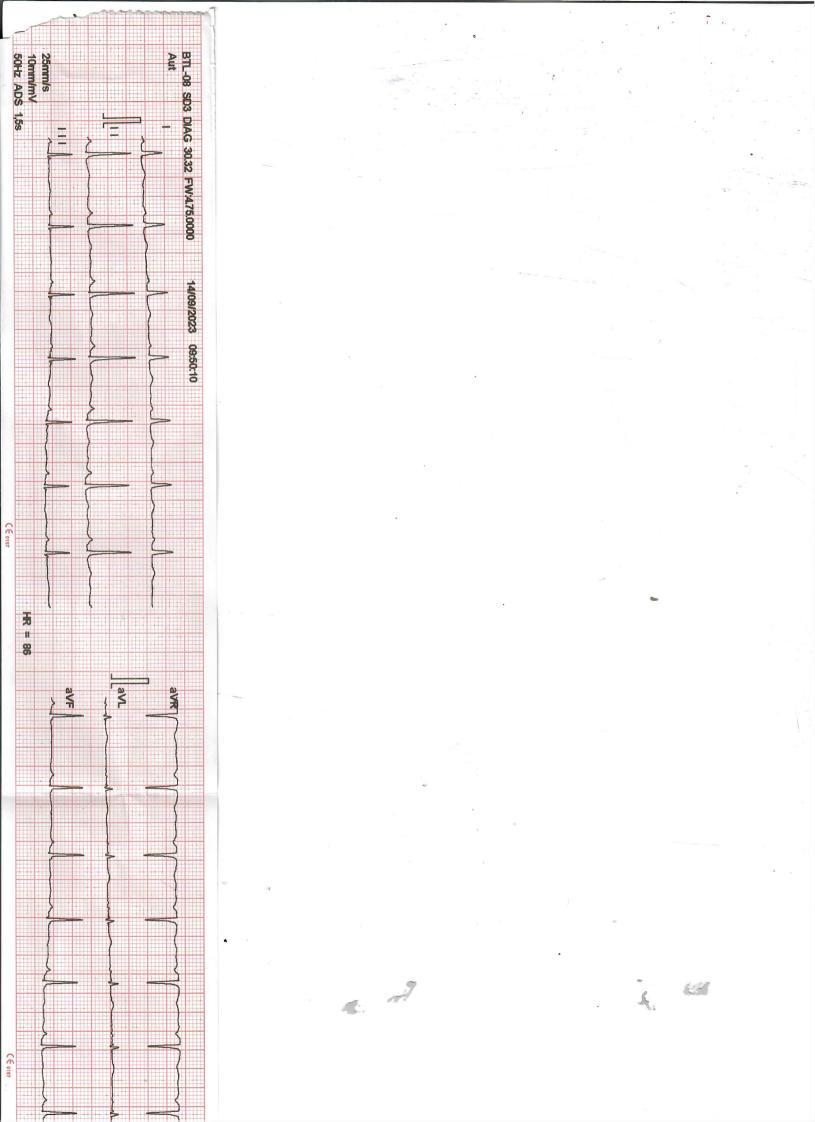


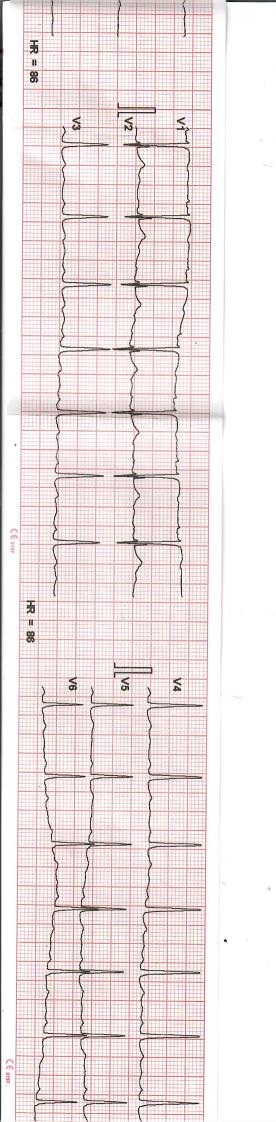
DIRECTION GÉNÉRALE DE L'AVIATION CIVILE (C.A.A. France)

RAPPORT MEDICAL DE MEMBRE D'EQUIPAGE DE CABINE CABIN CREW MEDICAL REPORT

Nom et prénom du détenteur / Last and first name of holder	
Date et lieu de naissance / Date and place of birth:	
17-03-1989 à Djiloz	
Nationalité / Nationality :	
Sengaloise Evaluation médicale / Medical assessment: APTE / FIT	INAPTE / UNFIT
Restriction(s) / Limitation(s):	
VOL TMLIan	
Date de fin de validité du précédent certificat: Expiry date of the previous assessment	58-03-2023
Date de l'examen médical / Date of the aero-medical assessment:	14-09-2023
Date de fin de validité / validity expiry date :	14-09-2024
Signature du titulaire / Signature of applicant/holder :	
Date de délivrance et signature du médecin responsable Date of issue and signature of issuing medical officer	
	Le 15.09-2024
	Dr Patrick CORREA Médecine Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773
	IDGAC N 3831

Pays de délivrance / State of issue : FRANCE





S R S T T. 46 31
832888834. 337 7
832888834. 337 7
, ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,
ក្នុងដ្ឋាន្ត្រីក្នុងក្នុង
W. NONA A NATO
STs 103 208 208 32 32 32 32 32 32 32 32 32 32 32 32 32
S W T T
CZ8 D
THE AXIO POR REPARE
O C RS
A On O
2558248878
714 ms 86 ms 328 ms 58 ms 58 ms
-7
RYTH THE RECORD TO THE RECORD
ME SINU
SIN BR
O USJ
m <u>i</u>
JR -
= = = =
COMPLE !
CP T

€ 0197

J.

\$36