

# FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

## POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

|  |                             |   |  |                |            |                   |               |  |  |
|--|-----------------------------|---|--|----------------|------------|-------------------|---------------|--|--|
| (1) Pays de délivrance de licence :<br><b>FRANCE</b>   |                             | (13) N° référence:  |  |                |            |                   |               |  |  |
| (3) Nom :<br><b>TOURE</b>  |                             | (2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/>  |  |                |            |                   |               |  |  |
| (5) Prénom(s) :<br><b>MOUSSA NABY</b>  |                             | (4) Nom de naissance  | (12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation   |                |            |                   |               |  |  |
| (8) Lieu et pays de naissance :<br><b>DAKAR SENEGAL</b>  |                             | (6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA)<br><b>15/03/1991</b>   | (7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>   |                |            |                   |               |  |  |
| (10) Adresse permanente :<br><b>Cité Port Diamniadio</b>   |                             | (9) Nationalité :<br><b>SENEGALAISE</b>   | (14) Type de licence désirée :   |                |            |                   |               |  |  |
| Pays : <b>SENEGAL</b>  |                             | (11) Adresse postale : (si différente)  | (15) Profession (principale) : <b>PNC</b>  |                |            |                   |               |  |  |
| N° de téléphone : <b>775702031</b>   |                             | (17) Dernier examen médical : <b>DR KAOLIK</b>  | (19) Conditions, limitations du certificat médical:<br>Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> détails :<br><b>PORT DE LUNETTES OBLIGATOIRE</b> |                |            |                   |               |  |  |
| Courriel : <b>moussa.naby.t@gmail.com</b>  |                             | Date : <b>25 JAN 2024</b>   |  |                |            |                   |               |  |  |
| (18) Licence(s) de vol possédée(s)<br>types                      Numéro de licence                      Pays de délivrance   |                             | Lieu : <b>DAKAR</b>   | (21) Nombre total d'heures de vol : <b>ENVIRON 7000H</b>   |                |            |                   |               |  |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"><b>PNC</b></td> <td style="width: 40%;"><b>SNPNCIA 013100112012</b></td> <td style="width: 40%;"><b>SENEGAL</b></td> </tr> <tr> <td><b>PNC</b></td> <td><b>CY-22-0112</b></td> <td><b>CYPRUS</b></td> </tr> </table> |                             | <b>PNC</b>  | <b>SNPNCIA 013100112012</b>  | <b>SENEGAL</b> | <b>PNC</b> | <b>CY-22-0112</b> | <b>CYPRUS</b> | (22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : <b>ENVIRON 500 HEURES</b> | (23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :<br><b>A330 / A319 / A321</b> |
| <b>PNC</b>   | <b>SNPNCIA 013100112012</b> | <b>SENEGAL</b>  |  |                |            |                   |               |  |  |
| <b>PNC</b>   | <b>CY-22-0112</b>           | <b>CYPRUS</b>   |  |                |            |                   |               |  |  |
| (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 ?<br>Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date :                      Lieu :   |                             | (25) Type de vol envisagé :   |  |                |            |                   |               |  |  |
| (24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ?<br>Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date :                      Lieu :  |                             | (26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input type="checkbox"/>  |  |                |            |                   |               |  |  |
| (27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités   |                             | (28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/><br>Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi :<br><b>CODEINE, MAGNESIUM</b> |  |                |            |                   |               |  |  |
| (29) Consommez vous du tabac ?<br>Non jamais <input type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt :<br>Oui <input checked="" type="checkbox"/> type et quantité : <b>CHICHA 10x2 FAS / SEMAINE</b>   |                             | <b>DEPUIS 2 SEMAINES POUR DES DOULEURS LOMBAIRES</b>  |  |                |            |                   |               |  |  |

**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                           |                          |                                     |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------|-------------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------|-------------------------------------|---|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
|   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                                     | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                    |                          | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| (101) Maladie ou opération oculaire   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input 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 type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <b>Antécédents familiaux</b>                |                          |                                     |   | (170) Affection cardiaque     | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact | <input checked="" type="checkbox"/> | <input 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"/> |   |                          |                                     |   | (171) Hypertension artérielle | <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"/> | (172) Taux élevé de cholestérol             | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |   |                               |                          |                                     |
| (104) Allergie ou rhume des foies   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | (115) Accès de vertige/évanouissement   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil                      | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | (173) Epilepsie                             | <input type="checkbox"/> | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | (174) Maladie mentale/suicide               | <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"/> | (175) Diabète                               | <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"/> | (176) Tuberculose                           | <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 checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | (177) Allergie/asthme/eczéma                | <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"/> | (178) Maladie héréditaire                   | <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"/> | (179) Glaucome                              | <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"/> | <b>A remplir uniquement pour les femmes</b> |                          |                                     | (150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |                                     |
|   |                                     |                                     |   |                          |                                     | (134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie         | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | (151) Êtes-vous enceinte ?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |   |                               |                          |                                     |

(30) Remarques : **MALADIE DES YEUX CONNUE, KERATO CONE - DEBORD DISCAL SUR LESTROIS DERNIERES ETAGES LOMBAIRES**

(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 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. 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 AMI ainsi qu'aux professionnels de santé participants dans le but d'obtenir une évaluation médico-technique 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(e) et que je comprends que les données contenues dans mon certificat médical selon l'ARRA.MED.150 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) (i) / (iii) ainsi qu'aux assesseurs médecins des autorités compétentes des Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARRA.MED.150 (c) (4).

Date : **03/12/24**

Signature du demandeur :

*Naby*

Signature du médecin examinateur :

**Dr Patrick CORREA**  
 Médecine Aéronautique  
 SN-MED-004  
 DGAC 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 : **TOURE** Prénoms : **MOUSSA NABY** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **15/03/1991**  
 Lieu de naissance : **DAKAR**

|  |                               |                             |                                   |                                      |   |   |
|--|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---|---|
| (201) Catégorie d'examen<br><input type="checkbox"/> Initial<br><input type="checkbox"/> Prorogation<br><input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement<br><input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille<br><b>197</b> cm | (203) Poids<br><b>82</b> kg | (204) Yeux couleur<br><b>Nous</b> | (205) Cheveux couleur<br><b>Nous</b> | (206) Tension artérielle (assis) mmHg<br>Systolique <b>134</b><br>Diastolique <b>96</b> | (207) Pouls au repos<br>Pulsations (bpm) <b>54</b><br>Rythme <input type="checkbox"/> régulier<br><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 checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (209) Cavité bucale, gorge, dents              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (219) Anus, rectum (si nécessaire)                       | <input checked="" 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  
**PNE. An Sennegal Pt. 33ans. Aucun sympt. -**  
**Nat. Lambelgin chronique. survie**  
**Tobac = cho duu**  
**Alc = 0**  
**Spart = 0**  
**Ilz Lambelgin : + norme.**

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

|                                     |                      |
|-------------------------------------|----------------------|
| Œil droit sans correction           | Corrigée à <b>05</b> |
| Œil gauche sans correction          | Corrigée à <b>05</b> |
| Vision binoculaire, sans correction | Corrigée à <b>05</b> |

(230) Vision Intermédiaire

| N14 lu à 100cm     | sans correction          |                          | avec correction                     |                          |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|                    | Oui                      | Non                      | Oui                                 | Non                      |
| Œil droit          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Œil gauche         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vision binoculaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(231) de près N5 lu à 30 - 50cm

| N5 lu à 30 - 50cm  | sans correction          |                          | avec correction                     |                          |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|                    | Oui                      | Non                      | Oui                                 | Non                      |
| Œil droit          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Œil gauche         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vision binoculaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(232) Lunettes (Oui  Non ) (233) Lentilles de contact (Oui  Non )  
 Type : Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter

(235) Analyse d'urine Normale  Anormale

|                  |                    |               |        |
|------------------|--------------------|---------------|--------|
| Glucose <b>0</b> | Protéines <b>0</b> | Sang <b>0</b> | Autres |
|------------------|--------------------|---------------|--------|

Rapports annexés

|                               | Non réalisé              | Date              | normal                              | anormal                  |
|-------------------------------|--------------------------|-------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| (238) ECG                     | <input type="checkbox"/> | <b>03-12-2015</b> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (239) Audiogramme             | <input type="checkbox"/> | <b>03-12-2015</b> | <input checked="" 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 : **Imapte**

Nom : **Dr Patrick CORREA**  
 Signature : **Patrick CORREA**  
 Médicine Aeronautique  
 DGAC N°3857 - FAA-00773

(313) Perception des couleurs Normale  Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Type I S H I H A R A  
 Nombre de tables présentées **00** Nombre d'erreurs **0**

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis) (si 239/241 non réalisés)

| Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur | Oreille droite                      |                          | Oreille gauche                      |                          |
|--|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|  | Oui                                 | Non                      | Oui                                 | Non                      |
|  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Audiométrie éventuelle

| Hz             | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 |
|----------------|-----|------|------|------|------|------|
| Oreille droite |     |      |      |      |      |      |
| Oreille gauche |     |      |      |      |      |      |

(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 : **Ophtalmologue**  
 le motif : **BAV corrigée**

➤ 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 :

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

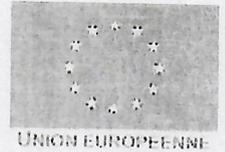
|  |  |   |
|--|--|---|
| VEMS/CV %  | Peak Flow (l/min)  | Hémoglobine (g/dl)  |
| Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> | Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> | Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> |

(248) Commentaires, limitations :  
**Chc = 1,03**  
**(229) Kératocorne évolutif => ex ophtalmologie. correction glauc.**  
**AV = OD = 10 OG = 9 ODG = 10. Pournaud E. => TNL canaux**  
**Apte PNE -> 03-12-2015**

(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 : **07-04-2015** et lieu :  
 Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : **Dr Patrick CORREA**  
 Médicine Aeronautique  
 SN-MED-004  
 DGAC N°3857 - FAA-00773  
 Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature :  
 Numéro d'AME :



PAYS DE DELIVRANCE/STATE OF ISSUE : France  
 Direction Générale de l'Aviation Civile - French CAA

**RAPPORT MEDICAL DE MEMBRE D'EQUIPAGE DE CABINE pour le Candidat / titulaire d'une ATTESTATION de MEMBRE d'EQUIPAGE de CABINE (CCA)**  
**CABIN CREW MEDICAL REPORT for Applicant / holder of a CABIN CREW ATTESTATION (CCA)**

(I) Etat dans lequel l'examen médical du candidat/titulaire du CCA a été réalisé (The state where the aero-medical assessment of the CCA applicant/holder was conducted):

**SENEGAL**

(III) Numéro de référence de l'attestation de MEMBRE d'EQUIPAGE de CABINE (Cabin crew attestation reference number (CCA)):

**SN PNCA 01550911 2022**

(IV) Nom et prénom du candidat/titulaire du CCA (Last and first name of the CCA applicant/holder):

**TOURE MOUSSA NABY**

(XIV) Date de naissance du candidat/titulaire du CCA (jj/mm/aaaa) :  
 (Date of birth of the CCA applicant/holder (dd/mm/yyyy)):

**15/03/1991**

(VI) : Nationalité du candidat/titulaire du CCA:  
 (Nationality of the CCA applicant/holder):

**SENEGALAISE**

(VII) : Signature du candidat/titulaire du CCA:  
 (Signature of the CCA applicant/holder):

(II) Résultat de l'évaluation aéro-médicale:  
 (Aero-medical assessment result): **APTE / FIT**  **INAPTE / UNFIT**

(XII) Restriction(s) si applicable (Limitation(s) if applicable):  
 Code(s)/Code(s): Description(s)/Description(s):  
 - VDL -  
 - TML - 1 AN  
 - -

Date de fin de validité du précédent rapport médical (CCA) (jj/mm/aaaa):  
 (Expiry date of the previous cabin crew medical report (dd/mm/yyyy)):

**31/05/24**

Date de l'examen aéro-médical (jj/mm/aaaa):  
 (Date of aero-medical assessment (dd/mm/yyyy)):

**03/12/2024**

Et nom du médecin (AeMC ou AME):  
 (And name of the medical officer (AeMC or AME)):

**CORREA PATRICK**

(IX) Date de fin de validité de ce rapport médical (jj/mm/aaaa):  
 (Expiry date of this medical report (dd/mm/yyyy)):

**03/12/2025**

(X) Date de délivrance (jj/mm/aaaa) nom et signature de l'AeMC ou AME ou de l'autorité:  
 (Date of issue (dd/mm/yyyy) name and signature of the AeMC or AME or authority):

**07/04/2025**

(XI) Sceau ou cachet de l'AeMC ou de l'AME ou de l'autorité:  
 (Seal or stamp of the AeMC or AME or authority):