

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence : CYPRUS		(13) N° référence:		Classe 1 <input type="checkbox"/> Classe 2 <input checked="" type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input checked="" type="checkbox"/>	
(3) Nom : SYLLA		(4) Nom de naissance		(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation	
(5) Prénom(s) : IBRAHIMA SEYNI		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 12-08-1991		(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	
(8) Lieu et pays de naissance :		(9) Nationalité :		(14) Type de licence désirée :	
(10) Adresse permanente : NIACOURAB Pays : SENEGAL N° de téléphone : 776881163 Courriel : seyni.syllaibou@gmail.com		(11) Adresse postale : (si différente) Pays : N° de téléphone :		(15) Profession (principale) : PNC	
(18) Licence(s) de vol possédé(e)s		(16) Employeur : AIR SENEGAL		(17) Dernier examen médical : Date : 05-11-2023 Lieu : DE KAOUK	
types : CABIN CREW Numéro de licence : CY-22-0106 Pays de délivrance : CYPRUS		(19) Conditions, limitations du certificat médical : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :		(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 <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : A320 - A330 - ATR72 6000	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :		(25) Type de vol envisagé :		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input type="checkbox"/>	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		(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 :			
(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 :					

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). Détailliez 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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Antécédents familiaux		
(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"/>			(170) Affection cardiaque
(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"/>	(171) Hypertension artérielle	<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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(172) Taux élevé de cholestérol	<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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(173) Epilepsie	<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"/>	(174) Maladie mentale/suicide	<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"/>	(175) Diabète	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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 checked="" type="checkbox"/>	(176) Tuberculose	<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"/>	(177) Allergie/asthme/cczéma	<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"/>	(178) Maladie héréditaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(111) Surdit�e 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"/>	(179) Glaucome	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
										A remplir uniquement pour les femmes	
										(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	
										(151) Etes-vous enceinte ?	

(30) Remarques :

190 = Calcul rénal. 2024. Titre "homme frère" RA

(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 sanction applicable en vertu du droit national.

CONSENTEMENT 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 examinateur de l'autorité compétente de mon AMI; ainsi qu'aux professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une évaluation médico-légale 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 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 AMI; afin de fournir les données historiques requises dans le MED.A.035 (b) (2) (i) / (iii) ainsi qu'aux assesses médicaux des autorités compétentes des États membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date :

03.12.2024

Signature du demandeur :

[Signature]

Signature du médecin examinateur :

Dr Patricia BURREA
Médecine Aéronautique
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 : SYLLA Prénoms : Emmanuel S. Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 18-08-1991
Lieu de naissance : Senegal

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <u>178</u> cm	(203) Poids <u>87</u> kg	(204) Yeux couleur <u>Noir</u>	(205) Cheveux couleur <u>Noir</u>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <u>111</u> Diastolique <u>63</u>	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) <u>70</u> Rythme <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(209) Cavité buccale, 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, compli. 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. A-1 Senegal. 8A. 33 ans. Aucune souffr.

Tolérance = 0
Ade = 0

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

Œil droit sans correction	<u>10</u>	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	<u>10</u>	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	<u>10</u>	Corrigée à	

(230) Vision Intermédiaire N14 lu à 100cm

sans correction		avec correction	
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(231) de près N5 lu à 30 - 50cm

sans correction		avec correction	
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(232) Lunettes

Oui Non

Type : Sph

Réfraction

Œil droit

Œil gauche

(233) Lentilles de contact

Oui Non

Type : Cylindre

Axe

Ajouter

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Type ISHIHARA

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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	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)	Hémoglobine	(g/dl)
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal

(248) Commentaires, limitations :

Apté PNC -> 03-12-2025

(235) Analyse d'urine Normale Anormale

Glucose Protéines Sang Autres

Rapports annexés

Rapports annexés	Non réalisés	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	<u>03-12-24</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>	<u>03-12-24</u>	<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 : Apté

Signature : MESSE

Stamp: **Patrick CORREA**
Médecine Aeronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAX-00773

(247) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

APTÉ 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 checked="" type="checkbox"/>

(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 : 03-12-2024

et lieu : 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL

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

Fax :
Telephone:

Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : **Patrick CORREA**
Médecine Aeronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAX-00773

Numéro d'AME: