FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence : SENEGAL		(13) N° référence:	
(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☐ Classe 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA ☒		(12) Genre sollicité ☐ initial ☐ renouvellement/prorogation	
(3) Nom : SALL		(4) Nom de naissance SALL	
(5) Prénom(s) : NDEYE SOKHNA		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 16-02-92	
(8) Lieu et pays de naissance :		(7) Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐	
(10) Adresse permanente : Sicap Liberté 5 Pays : SENEGAL N° de téléphone : 00221-78-173-08 Courriel :		(9) Nationalité : SENEGALAISE	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types : Numéro de licence : Pays de délivrance :		(15) Profession (principale) : PNC	
(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 : Détails :		(16) Employeur :	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu : Détails :		(17) Dernier examen médical : Date : 21-06-22 Lieu : AMS	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non ☒ Oui ☐ consommation journalière unités		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ☐ Oui ☐ détails :	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais ☒ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt : Oui ☐ type et quantité :		(21) Nombre total d'heures de vol : (22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :	
(30) Remarques :		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :	
		(25) Type de vol envisagé :	
		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☐ Multipilote ☐	
		(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) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	☐	☒	(179) Glaucome	☐	☒	
A remplir uniquement pour les femmes												
										(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	☐	☒
										(151) Etes-vous enceinte ?	☐	☒

(30) Remarques :

(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 AME ainsi qu'aux professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une évaluation aéro-médicale ou dans le cadre d'un recours. L'enregistrement de 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 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 MED.A.035 (b) (2) (i) / (iii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA MED.150 (c) (4).

Date :

Le 04-12-24

Signature du demandeur :

SALL

Signature du médecin examinateur :

Dr PAUL CORREA
Médecin Aeronautique
N° MED-004
DGAC N 3057 - 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 : **SALL** Prénoms : **NDEYE SOKHNA** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **16-02-92**
Lieu de naissance : **SAINT LOUIS**

(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 178 cm	(203) Poids 77 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique 115	Diastolique 67	Pulsations (bpm) 76	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 bucale, 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. Air Seneegal. 33 ans (sans 3 enfants).
Lumbalgie posturale.**

**Tabac = 0
Alco = 0
M = 0
Sport = 2x/mois.**

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

Ceil droit sans correction	10	Corrigée à	
Ceil gauche sans correction	10	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à	

(230) **Vision Intermédiaire** N14 lu à 100cm

	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Ceil droit	☒	☐	☐	☐
Ceil gauche	☒	☐	☐	☐
Vision binoculaire	☒	☐	☐	☐

(231) **de près** N5 lu à 30 - 50cm

	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Ceil droit	☒	☐	☐	☐
Ceil gauche	☒	☐	☐	☐
Vision binoculaire	☒	☐	☐	☐

(232) **Lunettes** Oui Non
Type : Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter

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

(313) **Perception des couleurs** Normale Anormale
Tables pseudo-isochromatiques Type I S H I H A R A
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	
	Oui	Non	Oui	Non
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	☒	☐	☒	☐

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) **Fonction respiratoire** VEMS/CV % Peak Flow (l/min)

Normal	☐	Anormal	☐	Normal	☐	Anormal	☐
--------	--------------------------	---------	--------------------------	--------	--------------------------	---------	--------------------------

(237) **Hémoglobine** **14,1** (g/dl)
Gfe = 2,90

(235) **Analyse d'urine** Normale Anormale
Glucose **0** Protéines **0** Sang **0** Autres

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	☐	04-12-24	☒	☐
(239) Audiogramme	☐	04-12-24	☒	☐
(240) Examen Ophtalmologique	☐		☐	☐
(241) Examen ORL	☐		☐	☐
(242) Lipides sanguins	☐		☐	☐
(243) Fonction respiratoire	☐		☐	☐
(320) Tonométrie G : D : mmHg	☐		☐	☐
(244) Divers(Sujet?)	☐		☐	☐

(247 bis) **Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude**

Avis : **Apté** Nom : **Dr Patrick CORREA**
Signature : **Dr Patrick CORREA**
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N° 3857 - FAA-00773

(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 :
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
☐	☐	☐	☒

(248) **Commentaires, limitations :**
Apté avec → 04-12-2026

(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 : **06-12-24** Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : **DAKAR SENEGAL**
et lieu : **DAKAR SENEGAL** Fax :
Telephone : E-mail :
Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : **Dr Patrick CORREA**
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N° 3857 - FAA-00773
Numéro d'AME :