

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:	
(3) Nom : SOUGOU FARA		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☐ Classe 2 ☒ LAPL ☐ PNC/CCA ☒	
(5) Prénom(s) : AWA CHEIKH		(4) Nom de naissance GUEYE	
(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 06/07/1982		(7) Sexe : Masculin ☐ Féminin ☒	
(8) Lieu et pays de naissance : DAKAR / SENEGAL		(12) Genre sollicité ☐ initial ☐ renouvellement/prorogation	
(10) Adresse permanente : 058 Cité Lobatt Fall Pikine - DAKAR Pays : SENEGAL N° de téléphone : 776504146 Courriel : awa.cheikh82@yahoo.com		(14) Type de licence désirée :	
(11) Adresse postale : (si différente)		(15) Profession (principale) : Hotesse de l'air	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéro de licence Pays de délivrance		(16) Employeur : AIR SENEGAL SA	
(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 :		(17) Dernier examen médical : Date : Lieu :	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☐ Oui ☐ Date : Lieu :		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ☐ Oui ☐ détails :	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non ☒ Oui ☐ consommation journalière unités		(21) Nombre total d'heures de vol :	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais ☒ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt : Oui ☐ type et quantité :		(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 :	
		(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
☐	☒	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	☐	☒	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	☒	☐
☒	☐	(113) Traumatismes crâniens ou commotion	☐	☒	(124) Test VIH positif	☐	☒
☐	☒	(114) Maux de tête fréquents ou graves	☐	☒	(125) Maladie sexuellement transmissible	☐	☒
☐	☒	(115) Accès de vertige/évanouissement	☐	☒	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	☐	☒
☒	☐	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	☐	☒	(127) Maladie musculaire ou squelettique	☐	☒
☐	☒	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	☐	☒	(128) Toute autre maladie ou blessure	☐	☒
☐	☒	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	☐	☒	(129) Hospitalisation	☐	☒
☐	☒	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	☐	☒	(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	☐	☒
☐	☒	(120) Tentative de suicide ou automutilation	☐	☒	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	☐	☒
☐	☒	(121) Mal des transports nécessitant médication	☐	☒	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	☐	☒
☐	☒	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	☐	☒	(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	☐	☒
☐	☒		☐	☒	(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	☐	☒

(30) Remarques :

1er DCA HTA.
16-18 g de RAS

(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. Je consens à la PUBLICATION D'INFORMATIONS MEDICALES : En cas de nécessité, j'autorise la transmission 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) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assureurs médicaux des autorités compétentes des Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA MED 150 (c) (4).

Date : 21/06/2022

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

Médicine Aeronautique
MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N° 3857

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : **GUEYE** Prénoms : **AWA CHEIKH** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **06/07/1982**
Lieu de naissance : **DAKAR**

(201) Catégorie d'examen ☒ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 181 cm	(203) Poids 67 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 090 Diastolique 060	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 60 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

Recrutement Air Sénégal, PAlc Emirati (2010-2020)
39 ans. Aucune s. exp.

Taille = 181
Poids = 67
Tension = 90/60
Pouls = 60

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 10
Œil gauche sans correction	Corrigée à 10
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à 10

(230) Vision Intermédiaire	sans correction				avec correction			
N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐
Œil gauche	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐
Vision binoculaire	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐

(231) de près	sans correction				avec correction			
N5 lu à 30 - 50cm	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐
Œil gauche	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐
Vision binoculaire	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐

(232) Lunettes	Oui ☐ Non ☒	(233) Lentilles de contact	Oui ☐ Non ☒
Type :		Type :	
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe
Œil droit			
Œil gauche			

(313) Perception des couleurs	Normale ☐ Anormale ☐
Tables pseudo-isochromatiques	Type I S H I H A R A
Nombre de tables présentées	Nombre d'erreurs

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)	Oreille droite	Oreille gauche
(si 239/241 non réalisé)		
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	Oui ☒ Non ☐	Oui ☒ Non ☐

Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire	(237) Hémoglobine
VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)
Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐
	Normal ☐ Anormal ☐

(248) Commentaires, limitations :

(235) Analyse d'urine				Normale ☒	Anormale ☐
Glucose ☐	Protéines ☐	Sang ☐	Autres		

Rapports annexés	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	☐	09-06-2022	☒	☐
(239) Audiogramme	☐	09-06-2022	☒	☐
(240) Examen Ophtalmologique	☐	09-06-2022	☒	☐
(241) Examen ORL	☐	09-06-2022	☒	☐
(242) Lipides sanguins	☐	09-06-2022	☒	☐
(243) Fonction respiratoire	☐	09-06-2022	☒	☐
(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 : **Apt**

Signature : **Dr Patrick CORREA**
Médecine Aéronautique
MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N°3857

(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
	☐	☐	☐	☒

Apté Gueye → 21-06-2022

(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 : 21 JUIN 2022	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : Dr Patrick CORREA Médecine Aéronautique MD/004/ANACS/DTA/08 DGAC N°3857
-------------------------------------	--	--