

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 ☒
(3) Nom : BA	(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité ☒ initial ☐ renouvellement/prorogation
(5) Prénom(s): AMADOU SARHIR	(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 13/02/1977	(7) Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐
(8) Lieu et pays de naissance : SENEGAL - DAKAR	(9) Nationalité : SENEGALAISE	(14) Type de licence désirée :
(10) Adresse permanente : ZAC 11000 SAGEF 2	(11) Adresse postale (si différente)	(15) Profession (principale) : PNC
Pays : SENEGAL N° de téléphone : 781733398 Courriel :	Pays : N° de téléphone :	(16) Employeur : AIR SENEGAL SA
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéro de licence Pays de délivrance	(17) Dernier examen médical : Date : Lieu :	
(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 :	(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ☐ Oui ☐ détails :	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu :	(21) Nombre total d'heures de vol :	(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non ☒ Oui ☐ consommation journalière unités	(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais ☒ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt : Oui ☐ type et quantité :	(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	☐
(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	☐
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	☐	☒	(114) Maux de tête fréquents ou graves	☐	☒	(125) Maladie sexuellement transmissible	☐
(104) Allergie ou rhume des foies	☐	☒	(115) Accès de vertige/évanouissement	☐	☒	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	☐
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	☐	☒	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	☐	☒	(127) Maladie musculaire ou squelettique	☐
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	☐	☒	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	☐	☒	(128) Toute autre maladie ou blessure	☐
(107) Tension artérielle élevée ou basse	☐	☒	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	☐	☒	(129) Hospitalisation	☐
(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	☐
(109) Diabète ou désordre hormonal	☐	☒	(120) Tentative de suicide ou automutilation	☐	☒	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	☐
(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	☐
(111) Surdité ou maladie des oreilles	☐	☒	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	☐	☒	(133) Exempt� ou réformé du service national pour motif médical	☐
						(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	☐

Antécédents familiaux

Oui	Non
(170) Affection cardiaque	☐
(171) Hypertension artérielle	☐
(172) Taux élevé de cholestérol	☐
(173) Epilepsie	☐
(174) Maladie mentale/suicide	☐
(175) Diabète	☐
(176) Tuberculose	☐
(177) Allergie/asthme/eczéma	☐
(178) Maladie héréditaire	☐
(179) Glaucome	☐

A remplir uniquement pour les femmes

Oui	Non
(150) Affection(s) gynécologique(s), problèmes de menstruation	☐
(151) Etes-vous enceinte ?	☐

(30) Remarques :

(31) Déclaration : Je soussigné(e), déclare avoir répondu de façon s c re 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 d j accordé ou refuser de me fournir un nouveau certificat médical, sans préjudice de toute autre action applicable en vertu du droit national. CONSENTEMENT   LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MÉDICALES : En cas de nécessité, j'autorise la transmission de ces documents ou données stockées électroniquement à un médecin évaluateur de l'autorité compétente de mon AMI ainsi qu'aux professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une évaluation médico-aéronautique 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 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'année 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) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assureurs médicaux des autorités compétentes des  tats membres pour l'application de l'ARR  MED 150 (c) (4).

Date :

Signature du demandeur :

Signature du médecin évaluateur :

21/06/2022

[Signature]

[Signature]
MD1004/A.035/ETAJ08
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 : **BA** Prénoms : **AMADOU SAKHIR** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **18/02/1987**
Lieu de naissance : **DAKAR**

(201) Catégorie d'examen ☒ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 172 cm	(203) Poids 68 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 110 Diastolique 70	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 78 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

Recrutant Air Sargat - PNE Acadia Bird (2013-2015) puis Hame d'affaire
Parcours Aero (Maliatou & Co) Celib. enfants 35ans
Tabac
HCC=0
Syst=0

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 sans correction avec correction

N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non
Ceil droit	☒	☐	☒	☐
Ceil gauche	☒	☐	☒	☐
Vision binoculaire	☒	☐	☒	☐

(231) de près sans correction avec correction

N5 lu à 30 - 50cm	Oui	Non	Oui	Non
Ceil droit	☒	☐	☒	☐
Ceil gauche	☒	☐	☒	☐
Vision binoculaire	☒	☐	☒	☐

(232) Lunettes (233) Lentilles de contact

Oui ☐ Non ☒	Oui ☐ Non ☐
Type :	Type :
Réfraction Sph	Cylindre
Ceil droit	Axe
Ceil gauche	Ajouter

(313) Perception des couleurs Normale ☐ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques Type I S H I H A R A

Nombre de tables présentées **10** Nombre d'erreurs **0**

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

Oreille droite	Oreille gauche
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)	Hémoglobine (g/dl)
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	☒	21-06-2024	☒	☐
(239) Audiogramme	☒	21-06-2024	☒	☐
(240) Examen Ophtalmologique	☒	21-06-2024	☒	☐
(241) Examen ORL	☒	21-06-2024	☒	☐
(242) Lipides sanguins	☒	21-06-2024	☒	☐
(243) Fonction respiratoire	☒	21-06-2024	☒	☐
(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 : **Apte**

Nom : **Dr Patrick CORREA**
Signature : **Médecine Aéronautique**
MD/004/ANACS/DTA/08
30-06-2024

(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/GCA
☐	☐	☐	☒

(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 : **22 JUIN 2022**
et lieu : **3, Av. des Ambassadeurs DAKAR SENEGAL**
Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé :
Fax :
Telephone :
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 - FAA-00773
Numéro d'AME :