

# 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 : <b>KATTE</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) : <b>HIDEYE PATOU</b>		(4) Nom de naissance : <b>KANE</b>	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input type="checkbox"/> renouvellement/prorogation									
(6) Date de naissance : <b>08/01/1983</b>		(7) Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input checked="" type="checkbox"/>	(14) Type de licence désirée :									
(8) Lieu et pays de naissance : <b>DAKAR SENEGAL</b>		(9) Nationalité : <b>SENEGALAISE</b>	(15) Profession (principale) : <b>HÔTESSE DE L'AIR</b>									
(10) Adresse permanente : <b>XOPF NDENATIE</b>		(11) Adresse postale : (si différente)	(16) Employeur : <b>AIR SENEGAL SA</b>									
Pays : N° de téléphone : <b>773069441</b> Courriel : <b>kattepatou@gmail.com</b>		Pays : N° de téléphone :	(17) Dernier examen médical : Date : <b>24/05/2024</b> Lieu :									
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>types</th> <th>Numéro de licence</th> <th>Pays de délivrance</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>SENEGALAISE</b></td> <td><b>PNCAD93521042023</b></td> <td><b>SENEGAL</b></td> </tr> <tr> <td><b>EASA</b></td> <td><b>EX 22 01 60</b></td> <td><b>CYPRUS</b></td> </tr> </tbody> </table>		types	Numéro de licence	Pays de délivrance	<b>SENEGALAISE</b>	<b>PNCAD93521042023</b>	<b>SENEGAL</b>	<b>EASA</b>	<b>EX 22 01 60</b>	<b>CYPRUS</b>	(21) Nombre total d'heures de vol :	
types	Numéro de licence	Pays de délivrance										
<b>SENEGALAISE</b>	<b>PNCAD93521042023</b>	<b>SENEGAL</b>										
<b>EASA</b>	<b>EX 22 01 60</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 ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : _____ Lieu : _____		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :										
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : _____ Lieu : _____		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :										
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		(25) Type de vol envisagé :										
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt : _____ Oui <input type="checkbox"/> type et quantité :		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input type="checkbox"/>										
		(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:										

**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
(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"/>
(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"/>
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	<input type="checkbox"/>	<input 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"/>
(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"/>
(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"/>
(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"/>
(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"/>
(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 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 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"/>
(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"/>
						(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**Antécédents familiaux**

(170) Affection cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(171) Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(172) Taux élevé de cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(173) Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(174) Maladie mentale/suicide	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(175) Diabète	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(176) Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(177) Allergie/asthme/eczéma	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(178) Maladie héréditaire	<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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(151) Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

(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 ces documents 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 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 et resteront la propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que mon-nom 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 assessors médicaux des autorités compétentes des Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date : **29/11/2024**

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

# RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)  
POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : **KANE** Prénoms : **MOBYE PATOU** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **08/10/1983**  
Lieu de naissance : **DAKAR**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <b>1,72</b> cm	(203) Poids <b>58</b> kg	(204) Yeux couleur <b>Noir</b>	(205) Cheveux couleur <b>Noir</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique <b>106</b>	Diastolique <b>91</b>	Pulsations (bpm) <b>91</b>	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 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					

**PNC** au Sénégal SA. 4 ans. Année 4 ans. Tabac  
Alco  
T<sub>1</sub>=0  
Sput=0

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

Œil droit sans correction	Corrigée à	Lunettes/Contact
Œil gauche sans correction	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	

(230) Vision Intermédiaire N14 lu à 100cm

Œil droit	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil gauche	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non

(231) de près N5 lu à 30 - 50cm

Œil droit	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil gauche	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non

(235) Analyse d'urine Normale  Anormale

Glucose	Protéines	Sang	Autres
0	0	0	

**Rapports annexés**

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	28-11-2025	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>	28-11-2025	<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"/>

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

(233) Lentilles de contact Oui  Non   
Type : Ajouter

(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**  
Médecin Aeronautique  
SN-MED-004  
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 **10** Nombre d'erreurs **0**

(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 : **Candidat**  
le motif : **ECG - Eclatement ventriculaire**

➤ 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 :

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

Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur	Oreille droite	Oreille gauche
	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)

Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
--	--

(237) Hémoglobine **13** (g/dl)  
Normal  Anormal

(248) Commentaires, limitations : **Walter ECG = BAS**  
**Apté PNC → 28-11-2025**

(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 ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent nos constatations d'une manière complète.

(250) date : **23-12-24** et lieu : **DAKAR**

Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : **Dr Patrick CORREA, Av. des Ambassades, DAKAR SENEGAL**

Fax : Telephone : E-mail :  
Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : **Dr Patrick CORREA, Médecin Aeronautique, SN-MED-004**  
Numéro d'AME : **03/09/2019**



RAPPORT MEDICAL DE MEMBRE D'EQUIPAGE DE CABINE  
CABIN CREW MEDICAL REPORT

Nom et prénom du détenteur / Last and first name of holder

Ndeye Fatou KANE

Date et lieu de naissance / Date and place of birth :

08/01/1983 à Dakar

Nationalité / Nationality :

Sénégalaise

Evaluation médicale / Medical assessment : APTÉ / FIT  INAPTE / UNFIT

Restriction(s) / Limitation(s) :

VOL

Date de fin de validité du précédent certificat:  
Expiry date of the previous assessment

21/06/2024

Date de l'examen médical / Date of the aero-medical assessment:

28/11/2024

Date de fin de validité / validity expiry date :

28/11/2025

Signature du titulaire / Signature of applicant/holder :

[Empty signature box]

Date de délivrance et signature du médecin responsable  
Date of issue and signature of issuing medical officer

Le 11/12/2024

[Signature]

Dr Patrick CORREA  
Médecine Aéronautique  
SN-MED-004  
DGAC N°3857 - FAA-00773

Pays de délivrance / State of issue : FRANCE