

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence : FRANCE		(13) N° référence:	
(3) Nom : DIOLF		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☐ Classe 2 ☒ LAPL ☐ PNC/CCA ☒	
(5) Prénom(s) : BABACAR PIERRE		(4) Nom de naissance	
(6) Date de naissance : 21/07/1987		(7) Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐	
(8) Lieu et pays de naissance : DAKAR / SENEGAL		(12) Genre sollicité ☐ initial ☒ renouvellement/prorogation	
(9) Nationalité : SENEGAL		(14) Type de licence désirée :	
(10) Adresse permanente : 76 cité si Mbao N° de téléphone : +221774272403 Courriel : pierrebabacar.diolf@gmail.com		(15) Profession (principale) : Personnel Navigant de cabine	
(11) Adresse postale : (si différente)		(16) Employeur : AIR SENEGAL SA	
(17) Dernier examen médical : Date : 06/12/2023 Lieu : Dr KAOUK		(18) Licence(s) de vol possédée(s) types : LICENCE DE PNC Numéro de licence : SH-PACA-0132-26 04 16 11 Pays de délivrance : SENEGAL	
(19) Conditions, limitations du certificat médical : Non ☐ Oui ☒ détails : Correction optique		(21) Nombre total d'heures de vol : 6700	
(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 : _____		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 478	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☒ Oui ☐ Date : _____ Lieu : _____		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : A320 series, A330, AIR 72600	
(25) Type de vol envisagé :		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☐ Multiopilote ☐	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non ☒ Oui ☐ consommation journalière unités		(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non ☒ Oui ☐ Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi :	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais ☐ Non actuellement ☒ Date de l'arrêt : 12/2022 Oui ☐ 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). Détaillez dans la rubrique « (30) remarques »

OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
☐	☐	☐	☒	☐	☒	Antécédents familiaux	
☒	☐	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒				

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : **DIOLF** Prénoms : **BABANE PIERRE** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **21/07/1987**
Lieu de naissance : **DAKAR SENEGAL**

(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 188 cm	(203) Poids 70 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 104 Diastolique 63	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 68 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 buccale, 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

PNC Am Senguel SA. 37ans. Aucun trouble.

Tcheco = 0
Aluno
III = 0
Sport = 2-3 x/se

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 ☐	(233) Lentilles de contact	Oui ☐	Non ☐
Type :		Type :		
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter
Ceil droit				
Ceil gauche				

(313) Perception des couleurs

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA	Normale ☐	Anormale ☐
Nombre de tables présentées	0	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'examineur	Oui ☒ Non ☐	Oui ☒ Non ☐

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

(236) Fonction respiratoire

VEMS/CV	%	Peak Flow	(l/min)	(237) Hémoglobine	(g/dl)
Normal ☐	Anormal ☐	Normal ☐	Anormal ☐	Normal ☒	Anormal ☐

(248) Commentaires, limitations :

Apte PNC -> 03-12-2025

(235) Analyse d'urine

Glucose	Protéines	Sang	Autres
☒	☐	☐	☐
Rapports annexés			
Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	03-12-2025	☒	☐
(239) Audiogramme	03-12-2025	☒	☐
(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 : **Apte** Nom : **Dr Patrick CORREA**
Signature : **SN-MED-004**
DGAC 1857 - 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** ☒

(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 : 03-12-2025	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : Signature : Numéro d'AME : SN-MED-004 DGAC 1857 - FAA-00773
-----------------------------------	--	---



DIRECTION GÉNÉRALE DE L'AVIATION CIVILE (C.A.A. France)



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

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

DIOLF BABACAR PIERRE

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

21-07-1987

à **Dakar**

Nationalité / Nationality :

Sénégalaise

Evaluation médicale / Medical assessment :

APTE / FIT ☒

INAPTE / UNFIT ☐

Restriction(s) / Limitation(s) :

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

1

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

01-09-2022

Date de fin de validité / validity expiry date :

01-09-2024

Signature du titulaire / Signature of applicant/holder :

[Signature]

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

Le **06-09-2022**

[Signature]

Dr Patrick CORREA
Medecine Aeronautique
MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N°3857 - FAA-00773

Pays de délivrance / State of issue : **FRANCE**