

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

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE												
(1) Pays de délivrance de licence :			(13) Nº référence:									7
FRANCE						C	lasse 1 Classe 2 LAPL PNC/CCA					
(3) Nom: Diouf		_	4) Nom de naissance		(12) Genre sollicité initial renouvellement/prorogation							
(5) Prénom(s):	(6) Date de naissance (7) Sexe :						(14) Type de licence désirée :					
BABACAR PIERRE			21/07/187 Masculin Féminin				(15) Profession (principalo): Personal Manigant of caling					
(8) Lieu et pays de naissance :		1	(9) Nationalité: SEMEGA	L			(16) Employeur: 194	5:	EM!	erin		
10) Adresse permanente: (11) Adresse postale: (si différente)						(17) Dernier examen médical :						
Pays: 76 cite sia Mbas No de téléphone: 221774272403					(16) Employeur: APL SETEGALSA (17) Dernier examen médical: Date: 66/12/2023 Lieu: Dr KAOUK							
@) gmail. com	Nº de téléphone :				(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non Oui Odétails: Correct. on optique							
(18) Licence(s) de vol possédéc(s) types	Nu	mérc	de licence Pays de								ı	
CICENCE SE PNC SHPORCH-0137-26 OUR DELL SENE CHIL							(21) Nombre total d'heures de	3	(22)	Nombre d'heures de vol depui	is le	
						vol: 6 to depuis le dernier examen médical: 4 18						
(20) Est ce qu'une autorité aéronau	ique	a re	fusé de vous délivrer un certifica	t mé	dica	ıl,	(23) Classe/Type(s) d'aérone	fact	uelle	ment utilisé(s) :		
prononcé une décision de retrait ou Non Z Oui Dat	de s	uspc					A320 suries, A330, ATR72600					
Détails :	Détails: Lieu:						(25) Type de vol envisagé :					
(24) Accidents aériens ou incidents	de v	ol re	nortés denuis le dernier examen	mádi	ical	•)						
Non 🕍 Oui 🔲 Dat	e :		Lieu:	111001	icai		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote Multipilote (28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non Oui					
Détails :										quand est il pris et pourquoi:	11 L	
(27) Consommez vous de l'alcool ?	No	1 🗹	Oui consommation journa	alière	e	unités						
(29) Consommez vous du tabac? Non jamais Non actu	-11		Date de l'arrêt : 12	10								
Non jamais Non actu Oui type et quantité :	CHC	ment	Date de l'arrêt : 12	10	0 7	. 6						
Antécédents généraux et médicaux	: a	vez v	ous des antécédents connus d'i	ine (des	maladi	es suivantes ?		****			
A chaque question répondez en co	chai	nt O	UI ou NON (ou selon ce qui est	ind	igu	é). Déta	illez dans la rubrique « (30)				-	
(101) Maladie ou opération		Non	(112) Affection de la gorge, du	-	Non	(122)	Paludisme, autre maladie	-	Non		Oui	Non
oculaire			nez, trouble du langage		U	tropic			W.	Antécédents familiaux	Ř	
(102) Avez-vous porté ou portez	121	_	(113) Traumatismes crânien ou commotion		W	(124)	Test VIH positif			(170) Affection cardiaque		M
vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact			(114) Maux de tête fréquents ou graves		U	(125) transp	Maladie sexuellement		Ø	(171) Hypertension artérielle		U
(103) Modifications dans la			(115) Accès de vertige/évanouissement				Trouble du sommeil, apnée			(172) Taux élevé de	-	
prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen					V	du soi			g	cholestérol		
(104) Allergic ou rhume des foins			(116) Perte de conscience quel		V		Maladic musculaire ou		U	(173) Epilepsic		14
(105) Asthme ou maladie	-	0	que soit le motif (117) Affection neurologique :		+	squelo			-	(174) Maladic mentale/suicide		
pulmonaire		U	AVC, epilepsie, convulsions, paralysic, etc		Y	(128) blessu	Toute autre maladic ou re		9	(175) Diabète		Ø
(106) Maladie du cœur ou des		P	(118) Troubles psychologiques			(129)	Hospitalisation		C	(176) Tuberculose		U
vaisscaux			/ psychiatrique de toute nature		C	(130)	Recours à un médecin depuis	(8)		(177)		U
(107) Tension artérielle élevée ou	2	-	(119) Traitement pour abus	-		4100	nier examen médical Assurance vie refusée pour	-	+	Allergie/asthme/cezéma (178) Maladie héréditaire		9
basse	Ö	U	d'alcool ou de drogue	口	U		f médical	Ц	D'	(179) Glaucome		D
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines		V	(120) Tentative de suicide ou			(132)	Refus de licence de vol pour			A remplir uniquement po femmes	ur le	25
(109) Diabète ou désordre	-	-			V		f médical				Т	I -
hormonal			_	(100)	** ** ***	L		(150) Affection(s) gynécologique, problèmes				
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins		Ø	(121) Mal des transports nécessitant médication		Ø		Exempté ou réformé du c national pour motif médical		B	de menstruation		
(111) Surdité ou maladie des orcilles		U	(122) Anémic/Trait drépanocytaire/autres maladies		Z	(134) pour	Pension ou indemnisation blessure ou maladie			(151) Etes-vous enceinte?		
(30) Remarques : (47.0)	_	_	sanguines									<u></u>
(150)	小	ATO.	xication Alimentaria	12	COH	ochaig!	cusation clinique B	R	SA)		
(31) Déclaration : Je soussigné(e), déclare avoir répor	uln de	facen -	smooto suv anostians am m'ant dia nacase base da	unicont	levan	en el no n	s avoir connaissance de troubles de mon ôtal d	2 Kont	autres	mic ceux que i'ai signalés. Je commende un'en	cas de	fantse
déclaration ou erreur. l'autorité de licence peu CONSENTEMENT À LA PUBLICATION D'INFOR	me MATIC	retirer	tout certificat médical déjà accordé ou ref EDICALES. En cas de nécessaté, j'autorise la trans	user c mission	de m	e foundir empport et	un nouveau certificat medical, sans préjude ses annexes, dans le respect du secret médica	lice Laur	le tout	te nutre netion applicable en vertu du di évaluateur de l'autorité compétente de mon AMI	ort na Rainsi	tional qu'aux
(ST) I rectatatum: 25 somosignete), declare avoir report declaration out erreur. Frantorist de ficence pen CONSENTEMENT À LA PUBLICATION DYNIFOR professionnels de santé pertuents dans le but d'obtenir resteront la propriété de l'autorité qui délité NOTIFICATION DE DIVILIGATION DE DONNEIS	rune é re la	licen	m aero medicale ou dans le cadie d'un recours. En r ce, à condition que mor-même ou mon	medec	ussant in pr	que ces do	cuments on données stockées électroniquement d rvoir acces conformement à la législation	n n	dire uti	dises pour compléter une évaluation médicale et e Le secret médical sera respecte à la A MUD 120 gangent être teals de la faction de la factio	deviend out m	nont e
disposition de mon Airir ann de fournir les donn	ees ne	stortque	ranes - de déclare par la présente que l'ai eté informé es requises dans le MEDA 035 (b) (2) (ii) / (ii	et que t) ainsi	i du,u	nprends qui ux assesse	res nonnees comenues dans mon certifical medi us médicany des autorités compétentes des É	tals r	nembre	s afin de faciliter l'application de l'ARAME).150 ((c) (4)
Date: 03/12/20	26		Signatur	du	den	nandeu		Sig	natur	e du médecin examinateur u e	No.	
	7 4		. 0	1		7	Pp		Dr	decine Aeronago	1	



RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL (Annexe au formulaire pour demande de certificat médic

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCUL	cical)	DET					
NOM: DI OUF Prénoms: BARA CAR Date de naissance (JJMM)	ES - SEC	RETME	DICAL				
Disco 0 = I igu de naigeanne.	VI/AAAA):	SHEME	CENER				
(201) Categorie d'examen (202) Taille (202) Paide (201)	-	0711					
Couleur Couleur		07) Pouls a	u repos				
F Parquelloment 100 10 As Systolique Dis	mmHg stolique F	Dula ati					
Recours ensied / Co city to kg / Con.	Siolique F	Pulsations (bpm)	Rythme				
1(8)10	5	68.	☐ régulier				
Examen clinique : Cochez chaque item normal anormal		00	☐ irrégulier				
(209) Caylife burgle, gorge depth		normal	anormal				
(210) Nez, sinus							
116 111 Urellies tympans compliance to		Z					
(222) Membres surfacioner, thyroide	(222) Membres supérieurs et inférieurs,						
1(213) Yeux - Dilbilles	latuculations						
1(C14) Yelly - mobilité oculoire puete	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique						
(1213) Fournions, thorax seins	etc		-				
(216) Cœur (202) Psychiatrie	(225) Psychiatrie						
(217) Système vasculaire (226) Peau, marque d'identification, sy lymphatique	st.	1					
(228) Notes: Décrivez chaque gomelle annului (227) Etat général							
The principle of the avant chaque commentaire							
PMC Hor Secured St. 37 au Acute Reuts			Tollager				
			N oca				
			Helle				
		0	111 = 0				
Aguitá viguella (agusagus)		5	aut : 2-1				
Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis) (229) (de loin à (5m/6m en dixième) (235) Analyse d'urine Norm	nale	A =	mala E				
Cil droit sans correction Lurielles/Contact Glucose Protéines		2 Aut	male 🗆				
Vision bipopulaire correction Corrigée à Rapports annexés							
(220) Vision Int. (11)	sé 🔪		rmal anormal				
N14 lu à 100cm avec correction (239) Audiogramme							
Œil droit (240) Examen Ophtalmologique	01-1						
Violen bire (24) Light							
Vision binoculaire (243) Fonction respiratoire							
sans correction avec correction (320) Tonométrie G: D: mmHq [
CEII droit Oui Non (277) Divers(Sujet?):							
(Fill daliche	examinateu	r de méde	cine				
generale dans l'AemC et sa propositio	n d'aptitud	e	COPPEA				
(232) Lunettes (233) Lentilles de contact Oui No	m:	atrick	ronautique				
Type: Non Oui Non Oui Sign	matura . S	NAME	D-004				
Réfraction Sph Cylindre Ave Air Sph Cylindre							
CEII droit Axe Ajouter CEII gauche		and the same of th					
(313) Perception des couleurs Normale Anormale Anormale Anormale Anormale Anormale Anormale APTE pour la classe:	MC ou du n	nédecin ag	réé				
Nombre de tables précentées Type I S H I H A R A Certificat médical délivré par le souscirmé (acult							
Nombre d'erreurs	jointe) pour la	classe:					
(si 239/241 non réalisé)	dum alama Hatt						
(SI 239/241 non réalisé) Oreille droite Oreille gauche Tests de Voix de conversation perçue Oui Ki Oui Ki	iire, dans ram	irmative, indi	quer:				
a zim le dos tourne vers l'examinateur Non Non le motif :							
Audiométrie éventuelle							
Oreille du 1/2 300 1000 2000 3000 4000 6000 Renvoi/concertation							
Oreille droite Si une décision a été prise antérieurement par l'autorité complet et les reporter sur le certificat d'aptitude remis a			le libellé				
(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine Decisión No							
VEMS/CV % Peak Flow (I/min) Co/di)							
Normal Anormal Normal Normal Anormal Normal Anormal	LASSE 2	LADI I					
/ / du cartificat	LASSEZ	LAPL	PNC/CCA				
(248) Commentaires, limitations :			-				
		1					
Hall Pull 5 29 10	9001						
the the 3 03-12-	1979						
(249) Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé							
et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent nos constatations d'une manière complète.	demandeur	mentionné	ci-dessus				
(250) date : Nom et adresse du médecin-chef							
et lieu: de l'AeMC ou du mêdecin agréé: Cachet du médecin-chef de							
et lieu: de l'AeMC ou du médecin agrée: Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agrée l'aux: Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agrée	rick CO	RREA	2				
et lieu: de l'AeMC ou du médecin agréé: Cachet du médecin-chef de	rick CO	RREA	2				





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	
DIOUF BABACAR PIERRE	
Date et lieu de naissance / Date and place of birth :	
21-12-12-1	
Nationalité / Nationality :	
Evaluation médicale / Medical assessment: APTE / FIT	HALA KUMUN (WAN AND AND AND AND AND AND AND AND AND A
Restriction(s) / Limitation(s):	INAPTE / UNFIT
Date de fin de validité du précédent certificat: Expiry date of the previous assessment	
and previous assessment	1
Date de l'examen médical / Date of the aero-medical assessment:	
	01-09-ನಂಪೆಪಿ
Date de fin de validité / validity expiry date :	
	01-09-2024
Signature du tituloire / Simoto s	0
Signature du titulaire / Signature of applicant/holder:	1
	Zill soft
Date de délivrance et signature du médecin responsable Date of issue and signature of issuing medical officer	
	Le 06-09-2022
	-
	Dr Patrick COFREA Medecine Aeronautique
	MD/004/ANACS/DTA/08 DGAC N°3857 - FAA-00773

Pays de délivrance / State of issue : FRANCE