

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

REPUBLIQUE FRANÇAISE D S A C																	
(1) Pays de délivrance de licence :			(13) N° référence:														
Senegol			(2) Certificat médical se	ité: C	Classe 1 □ Classe 2 □ LAPL □ PNC/CCA Ø												
(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 :												
Aissaid	0.,		19 (69 1/1985 Masculin Féminin 7														
(8) Lieu et pays de naissance :	,	1	(9) Nationalité :		1.0		HOLORE OF THAK										
MBOUR Senec	zel		sèneadaire				(16) Employeur: Air Senegal SA										
(10) Adresse permanente :			(11) Adresse postale : (si différe	nte)			(17) Dernier examen médical :										
	aly Aérochome									Date: 12-11-2023 126-02-62							
Pays: N° de téléphone: 77763 Courriel:	194	Pays: Seneger	BAKAR Portugal.														
oishangelina 85	0	0	N° de téléphone :	(19) Conditions, limitations du certificat médical:													
(18) Licence(s) de vol possédéc(s)																	
types	Nı	umér	o de licence Pays d														
	02	CC0976 Pata	(21) Nombre total d'heures de (22) Nombre d'heures de vol depuis le														
		vol: (22) Nombre di neures de vol depuis le dernier examen médical :															
(20) Est ce qu'une autorité aéronau prononcé une décision de retrait ou	e a re	efusé de vous délivrer un certifica	(23) Classe/Type(s) d'aérone	ef ac	tuell	ement utilisé(s):											
Non Q Oui Da	suspo	Lieu:	A330.														
(20) A .: 1		(25) Type de vol envisagé: Communel au .															
(24) Accidents aériens ou incidents Non ☑ Oui ☐ Da	eportés depuis le dernier examen Lieu:	(26) Activité aérienne actuel	le:	Mon	opilote  Multipilote												
Détails :	zion.	(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non Oui Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi:															
(27) Consommez vous de l'alcool '	? No	n Ø	Oui  consommation journ	alièi	e	unités											
(29) Consommez vous du tabac?  Non jamais  Oui   type et quantité:																	
Antécédents généraux et médicau	x:a	vez	vous des antécédents connus d'i	une	de	s maladie	es suivantes ?		-								
A chaque question répondez en co	cha	nt O	UI ou NON (ou selon ce qui est	ind	liq	ué). Déta	illez dans la rubrique « (30)	rem	arq	ues »							
(101) Maladie ou opération	Oui	Non		Oui		on			Non		Oui	Non					
oculaire		D	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage (113) Traumatismes crânien ou		C	(123) F tropica	Paludisme, autre maladie le			Antécédents familiau	x						
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes		~	commotion		V	(124) 7	Test VIH positif		Ø	(170) Affection cardiaque							
et/ou des lentilles de contact		V	(114) Maux de tête fréquents ou graves		C		Maladie sexuellement		9	(171) Hypertension artérielle							
(103) Modifications dans la		1	(115) Accès de			(126) 7	Trouble du sommeil, apnée		1	(172) Tour álouá do		1					
prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen		N	vertige/évanouissement			du som			◩	(172) Taux élevé de cholestérol		Ø					
(104) Allergie ou rhume des foins		D	(116) Perte de conscience quel que soit le motif		Ţ	(127) N squelet	Maladie musculaire ou tique			(173) Epilepsie		d					
(105) Asthme ou maladie		1	(117) Affection neurologique : AVC, epilepsie, convulsions,		-	(128) T	oute autre maladie ou	_		(174) Maladie mentale/suicide		Ø,					
pulmonaire	ш		paralysic, etc	ш	L	blessur	e autre maiadie ou		V	(175) Diabète		Ø					
			(118) Troubles psychologiques		T	(120) L	Ioenitalization			(176) Tub							
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux		A	/ psychiatrique de toute nature		5	7	Hospitalisation		3	(176) Tuberculose		Ø					
vaisseaux						(130) 1	Recours à un médecin depuis nier examen médical		V	(177) Allergie/asthme/eczéma		Ø					
(107) Tension artérielle élevée ou			(119) Traitement pour abus		_	(131)	Assurance vie refusée pour			(178) Maladie héréditaire		Ø					
basse (108) Calcul rénal ou sang dans		1	d'alcool ou de drogue	_	F	motif	médical	_	_	(179) Glaucome							
les urines		A	(120) Tentative de suicide ou automutilation				32) Refus de licence de vol pour		d	A remplir uniquement por femmes	11 IE	.5					
(109) Diabète ou désordre hormonal		d			moti		médical		<b>W</b>	(150) Affection(s)							
(110) Affection de l'estomac, du			(121) Mal des transports		-	(133) F	Exempté ou réformé du	_	1	gynécologique, problèmes							
foie ou des intestins		14	nécessitant médication		1		national pour motif médical		9	de menstruation							
(111) Surdité ou maladie des oreilles		U	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines		T		ension ou indemnisation essure ou maladie		d	(151) Etes-vous enceinte?		D/					
(30) Remarques :			1		_				٠			$\dashv$					
(31) Déclaration : Je soussioné(a) déclare que s'	In de C	2000	neåra anv angeliang														
(31) Déclaration : Je soussigné(e), déclare avoir répond déclaration ou erreur, l'autorité de licence peut CONSENTEMENT À LA PUBLICATION D'INFORM professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir n	ATION	JS MÉI	DICALES: En one de monocité d'autorie le terrent	er de	m	ie fournir un	nouveau certificat medical, sans prejudi	ce de	toute	autre action applicable en vertu du droi	it nati	ional					
professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir resteront la propriété de l'autorité qui délivre	une éva	luation	aéro médicale ou dans le cadre d'un recours. En rec	onnais	sant	t que ces docun	tents ou données stockées électroniquement do	ivent ê	tre utili	sés pour compléter une évaluation médicale et de	ainsi qi	ont et					
resteront la propriété de l'autorité qui délivre NOTIFICATION DE DIVULGATION DE DONNEES disposition de mon AME afin de fournir les descrip-	PERSO	NNEL	LES: Je déclare par la présente que j'ai été informé e	t que j	e co	mprends que les	s données contenues dans mon certificat médica	l selon	l'ARA	MED 130 peuvent être stockées électroniquement	nt et m	ment.					

eurs médicaux des autorités compétentes des États membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date:
13/01/2025

Signature dendemandeur:

Signature du médecin examinateur DREA Médecine examinateur DREA Médeci

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

Liberté · Egalué · Fratemite République Française POUR REMPLIR CETT	E PAGE UTILIS	SER DES LET	TRES MAJUS	CULES - SE	CRET MEI	DICAL			
NOM: VIOVE Prénoms:	Amaka	Lieu	de naissance : de naissance :	VIA	our.				
(201) Catégorie d'examen (202) Taille (203) Poids	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension arte	ériellé (assis) mrnHg	(207) Pouls a	u repos			
☐ Initial Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial  ☐ Recours spécial	New !	Uciú	Systolique 128	Diastolique	Pulsations (bpm)	Rythme régulier rirrégulier			
Examen clinique : Cochez chaque item	normal anorma	al (218) Abdome	en, hernie, foie, rat	e	normal	anormal			
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu (209) Cavité bucale, gorge, dents	21 0	(219) Anus, re	ectum (si nécessai e génito-urinaire	re)					
(210) Nez, sinus (211) Oreilles, tympans, compliance tympanique		(221) Systèm	e endocrinien, thyr es supérieurs et int	oïde férieurs,	a a				
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels (213) Yeux – pupilles		articulations	e vertébrale et app						
(214) Yeux – mobilité oculaire, nystagmus		musculosque (224) Exame	lettique n neurologique- réf		1	H			
(215) Poumons, thorax, seins (216) Cœur			atrie narque d'identifica	tion, syst.	<u> </u>				
		lymphatique (227) Etat gé		/Δ	<u>.</u>				
(228) Notes: Décrivez chaque anomalie constatée. Repo	rtez le numéro de l	aus C	eloh o e	rest .		ideger=			
PM. Ain Seinigal	3/1.			•		Here			
10 00						Sau -			
Not as Riverin Usuelles	porofondis)	(235) Analyse	d'urine	Normale 🗹	A	normale 🗆			
Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens ar (229) (de loin à (5m/6m en dixième)  CEII droit sans correction	Lunettes/Contact	Glucose &	Protéines	d Sang	Ø /	Autres			
Cil droit sans correction Cil gauche sans correction Vision binoculaire, sans correction Corrigée à Corrigée à		Rapports an	nexes	Non réalisé	3/1-95				
(230) Vision Intermédiaire sans correction	avec correction Oui Non	(239) Audiog	ramme n Ophtalmologique	- Ci	3-01-25				
N14 lu à 100cm Oui Non Œil droit		(241) Exame (242) Lipides	n ORL						
Cil gauche Vision binoculaire		(243) Fonction (320) Tonomét	on respiratoire	nmHg []					
(231) <b>de près</b> sans correction  N5 lu à 30 - 50cm Oui Non	Oui Non	(244) Divers		médecin exami	inateur de m	édecine			
Cil droit Cil gauche		générale dan	s l'AeMC et sa pr	oposition d'ap	otitude				
(232) Lunettes (233) Lentilles	s de contact	Avis:	11-		e :	2			
Oui Non Oui Non Type:									
Réfraction Sph Cylindre Axe	Ajouter		, dania ab	of do PAOMC o	u du médeci	n agréé			
(313) Perception des couleurs Normale □	Anormale 🗆	APTE po	on du médecin-ch ur la classe:						
Tables pseudo-isochromatiques Nombre de tables présentées  Type I S H I H Nombre d'erret	0	certificat mé	dical délivré par le sou Dour la classe :	ssigné (copie jointe	e) pour la classe:				
(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens a	pprofondis)	☐ Remis pou	ur une évaluation co	omplémentaire, d	lans l'affirmativ	e, indiquer:			
(si 239/241 non réalisé) Oreille droite Oreille gauche le destinataire :									
Audiométrie éventuelle		▶Renvoi/concei	rtation						
Oreille droite	Hz 500 1000 2000 3000 4000 6000 Si une décision a été prise antérieurement par l'autorité en inscrire ici les références et le libellé								
(200) I dilotion respirate in	37) Hémoglobine	Décision N°		au					
VEMS/CV % Peak Flow (I/min)	ormal Anormal □	Champ d'a			SSE 2 LA	-			
	Ofc-0,97	du cei	rtificat						
(248) Commentaires, limitations :	Λ			10	. 1	92			
	H	to Fre	3	15-0	1 - 00	(1			
	u mádeain sauáí								
(249) Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou d Je soussigne certifie que j'ai personnellement exami et que ce rapport d'examen médical et ses annexes	ne tou que mon gro	oupe de médecins nstatations d'une	conseils agréés a manière complète.	examiné) le de	mandeur mer	ntionné ci-dessus			
(250) date : Nom et adresse du médecin-ch de l'AeMC ou du médecin agré	er marriage	2116	Cachet du me	edecin-cher de u médecin agréév	or Patrick	RESERVE			
et lieu: 3 ~ 0 (~ 2025 Fax:	Av. des A	Mbassach	et signature: Numéro d'AM	NE: DE	SN-M	## 004			
Telephone: E-ma	BAKAR	9	Number of Alv	Re	Rapport examen	médical 03.09.2019			