

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE	-			<u> </u>			020 227 11 (20 11) (00				-
(1) Pays de délivrance de licence :			(13) N° référence:								
SENEGAL		_	(2) Certificat médical so	lli	cit	té: C	lasse 1 Classe 2			LAPL D PNC/CCA]
(3) Nom i			(4) Nom de naissance						ouve!	llement/prorogation	
(5) Prénom(s):			(6) Date de naissance			exe :	(14) Type de licence désirée				
AMINATA			(JJ/MM/AAAA) 23/10/2000	N]	1as Fér	sculin 📙 minin 🌉	(15) Profession (principale):	ET	JDIA	ANTE	
(8) Lieu et pays de naissance : DAKAR/SENEGAL			(9) Nationalité : SENEGALAISE				(16) Employeur :AIR SENE	GΑ	L SA		
(10) Adresse permanente			(11) Adresse postale : (si différen	nte)			(17) Dernier examen médica	1:			
KEUR MASSAR							Date: 07/02/2022		TIC	E MEDICALE DU PERSONI	NEI
Pays: SENEGAL			70				AERONAUTIQU		1113	L MEDICALE DO FERSON	VLL
N° de téléphone : +22177347550	0		Pays: N° de téléphone:				(19) Conditions, limitations of	du c	ertifi	cat médical:	
Courriel : SALLAMINATA856@							Non ☐ Oui ☐				
(18) Licence(s) de vol possédée(s)			o de licence Pavs de	. 42	17	*****					
types	NU	ımer	o de licence Pays de	e de	livi	rance	(21) Nombre total d'heures d	lo.	1(22) Nombre d'heures de vol depu	vic lo
							vol :	ic		nier examen médical	15 10
(20) F			.6		/ 1:		(22) (1/T(-) 1/(r	111		
(20) Est ce qu'une autorité aéronal prononcé une décision de retrait or				it me	eai	icai,	(23) Classe/Type(s) d'aérone		tuen	ement uniise(s):	
Non Oui Da		•	Lieu:								
Details.							(25) Type de vol envisagé : VOLS D'INSTRUCTION				
(24) Accidents aériens ou incident		vol re		méd	lica	al?	(26) Activité aérienne actuell	le : l	Mon	opilote Multipilote	
Non 🔳 Oui 🔲 Da	ite:		Lieu:				(28) Prenez vous actuellemen				ui 🔲
Details:							Nature et dose du médicame	nt, d	epui	s quand est il pris et pourquoi:	
(27) Consommez vous de l'alcool	? No	пП	Oui consommation journs	alièr	re	unités					
(29) Consommez vous du tabac?											
Non jamais Mon act Oui U type et quantité:	uelle	meni	t 🔲 Date de l'arrêt :								
Antécédents généraux et médicau	ıx : a	vez v	vous des antécédents connus d'i	une	de	s maladi	es suivantes ?				
A chaque question répondez en c		nt O	UI ou NON (ou selon ce qui est l	1	liq	2.0	illez dans la rubrique « (30)		Non	ues » 1	Oui Noi
(101) Maladie ou opération			(112) Affection de la gorge, du				Paludisme, autre maladie	Out		4.45.53.4.6.22	
oculaire		-	nez, trouble du langage			tropica	le	-		Antécédents familiau	x ——
(102) Avez-vous porté ou portez		_	(113) Traumatismes crânien ou commotion		I	■ (124) ′	Test VIH positif			(170) Affection cardiaque	
vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact		-	(114) Maux de tête fréquents ou graves			(125) l	Maladie sexuellement			(171) Hypertension artérielle	
(103) Modifications dans la			(115) Accès de				Frouble du sommeil, apnée	116 70		(172) Taux élevé de	
prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen			vertige/évanouissement			du son		L	Ø	cholestérol	
(104) Allergie ou rhume des foins		-	(116) Perte de conscience quel				Maladie musculaire ou			(173) Epilepsie	
(104) Thergie ou munic des fonds	۳	-	que soit le motif (117) Affection neurologique :	12	-	squele	ttique	_	-	(174) Maladie mentale/suicide	
(105) Asthme ou maladie			AVC, epilepsie, convulsions,		ı	■ (128) 7	Toute autre maladie ou				
pulmonaire	╄		paralysic, etc	_	L	blessu	e	_	_	(175) Diabète	
(106) Maladie du cœur ou des	la		(118) Troubles psychologiques				Hospitalisation			(176) Tuberculose	
vaisseaux		-	/ psychiatrique de toute nature	ľ	-	[(130)]	Recours à un médecin depuis			(177)	
(107) Tension artérielle élevée ou		_	(119) Traitement pour abus		١.		ier examen médical Assurance vie refusée pour	_		Allergie/asthmc/eczéma (178) Maladie héréditaire	
basse			d'alcool ou de drogue			• ' '	médical			(179) Glaucome	
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines			(120) Tentative de suicide ou			(132)	Refus de licence de vol pour	_		A remplir uniquement po femmes	ur les
(109) Diabète ou désordre	1		automutilation	P			médical	╽╙		(150) Affection(s)	
hormonal (110) Affection de l'estomac, du			(121) Mal des transports	-	-	(133) 1	Exempté ou réformé du	_	-	gynécologique, problèmes	
foie ou des intestins			nécessitant médication				e national pour motif médical		L	de menstruation	
(111) Surdité ou maladie des			(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies				Pension ou indemnisation			(151) Etes-vous enceinte?	
oreilles			sanguines			pour b	lessure ou maladie				
(30) Remarques : 126: INSOMNIE QUAND JE ME			HE TRES TARD 116 a	li	U	; cerl	I d endoluillelle	×.	6	Durch elle de	Incl
A & 2 C DA A N = =	_ 00	JUUI	L INLO IAND	(1)	ac	D. D. D.	+ + + -	+	a.	of love during	File
1922; LYMPIZMA	E		dunia oceas en	2	2	that	hade a to meion.	-		1000	
(31) Déclaration : le soussignère), déclare avoir répor déclaration ou erreur, l'autorité de licence peu	ndn de f	açon si tetirer	ncère aux dissuons qui m'ont été posées lors du pi tout certificar médical déjà accordé ou refu	résent set di	c m	men et ne pas ne fournir ui	avoir confinissance de troubles de mon état de nouveau certificat médical, sins préjudi	sante ce d	autres o	que ceux que j'ai signales Je comprands qu'en o autre action applicable en vertu du dro	as de fause it national
CONSENTEMENT A LA PUBLICATION D'INFORU professionnels de santé pertinents dans le but d'obteni	MATIO	NS ME aluation	DICALES: En cas de nécessité, j'autorise la transm s'aéro médicale ou dans le cadre d'un recours. En re-	iusion connai	de e esan	ce sappost at de it que ces docu	ses annexes, dans le respect du secret médical, ments ou données stockées électroniquement do	au my	decin e	valuateur de l'autorité compétente de mon AME isés pour compléter une évaluation médicale et de	ainsi qu'aux eviendront et
resteront la propriété de l'autorité qui déliv NOTIFICATION DE DIVULGATION DE DONNEES disposition de mon AME afin de fournir les donn	re la PERSO	Indence ONNEL	r, a condition que mor-même ou mon m LES. Ja déclare par la présente que j'ai été informé e reasuses dans le MED A 035 (% (2) div. / (10)	nedecis et que j	ie eo	ompoends que l nun assessant	ou acces contormément à la législation es données contenues dans mon certificat médica médicaux des gutorités convententes des Eu	i nat il selor	ionale L'ARA	Lu secret medical sera respecté à toi MED 136 peuvent être stockées électroniqueme afin de facilite. Expolication de l'ADA MESS.	nt et min à la
Date:		11.	Signature							du médecin examinateur :	(4)

07/02/2022





SALL

AMINATA Né(e) le: 23/10/2000 APPORT D'EXAMEN MEDICAL DAKAR e au formulaire pour demande de certificat méd

e au formulaire pour demande de certificat médical)

NOTE:	ETTE PAGI	EUTILIS	Da	ate de nai	ssance (JJ/N		DAKA	
			Lie	eu de nais	ssance:	23/	10/20	00
(201) Catégorie d'examen (202) Taille (203) Po	ids (204) coule		(205) Cheveur couleur	x (206) Te	ension artériel	mmHg	(207) Pouls a	au repos
Prorogation Renouvellement 160 cm 542	.kg me	ron,	nois "			astolique	Pulsations (bpm)	Rythme régulier
Recours spécial	g			13	0	80	85	☐irrégulier
Examen clinique : Cochez chaque item (208) Tête, face, cou, cuir chevelu	normal	anorma		men, hernie	foie rate		normal	anormal
(209) Cavité bucale, gorge, dents (210) Nez, sinus			(219) Anus		nécessaire)			
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique (212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels			(221) Syste	eme endocri	nien, thyroïde eurs et inférier	urs.		
(213) Yeux - pupilles			articulation	S	ele et appareil			
(214) Yeux – mobilité oculaire, nystagmus			musculosq (224) Exam	uelettique nen neurolo	gique- réflexe			
(215) Pournons, thorax, seins (216) Cœur			(225) Psyc (226) Peau	, marque d'i	identification,	syst.	B	
(217) Système vasculaire	1		lymphatiqui (227) Etat (rénéral			B	
(228) Notes: Décrivez chaque anomalie constatée. R 21 aus. EP. Codel Air Serve		200	Sous enful	que comme:	ntaire	1 /	esec 1	_
(D) Coast And Sange) ceus	whe !	sons and			ا وا	Scent 1	4.
Rapete 617.000:	* .)		. ~			1	us 1	sket
It mutt (Lf. sov.		. 1	emi Que	a me	alth	15	ont:	1. reflu
Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens (229) (de loin à (5m/6m en dixième)	approfondis) Lunettes/0	Contact	(235) Analys Glucose		1	rmale [ormale 🗖
Cil droit sans correction Corrigée Cil gauche sans correction Corrigée	à		Rapports a			Sang		itres
Vision binoculaire, sans correction Corrigée (230) Vision Intermédiaire sans correction	avec corre	ection	(238) ECG (239) Audio	aramma		éalisé U		
N14 lu à 100cm		Non	(240) Exam (241) Exam	en Ophtalm		D 71	el lai	
CEil gauche			(242) Lipide (243) Foncti	s sanguins		D 44 0	22 21	
(231) de près sans correction N5 lu à 30 - 50cm Oui Non	avec corre			etrie G :// [D 1 _mmHg		2 22	
Cill droit	I B	Non	(247) Nom et	signature	du médecin	examinate	ur de médeci	ine
Vision binoculaire			générale dan Avis :	is l'AeMC e		tion d'aptit Nom :	ude	_
(232) Lunettes (233) Lentill Oui □ Non □ Oui □ Type : Type :	es de contact Non [APT	T		Signature:	Dr JY	FAILLE
Refraction Sph Cylindre Ax	e Ajour	ter	1 11, 1	C			CEMAT	3-F-05
Œil gauche (313) Perception des couleurs Normale □		=	(247 bis) Déc			de l'AeMC	ou du médec	in agréé
Tables pseudo-isochromatiques Normale □ Tables pseudo-isochromatiques Type I S H I F	Anorm I A R A	ale L	APTE poi					
Nombre de tables présentées Nombre d'erre			☐ certificat mé	our la clas	se:			
(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens (si 239/241 non réalisé) Oreille droite	Oreille gau		Remis pou		tion compléme	entaire, dans	l'affirmative, in	diquer.
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur Non	Oui Non		le motif :					
Audiométrie éventuelle Hz 500 1000 2000 3000	4000 6	000	>Renvoi/concert					
Oreille droite Oreille gauche			complet et les rep	porter sur le cer	ieurement par l'aut tificat d'aptitude re	rnis au candida	t.	et le libellé
(236) Fonction respiratoire ((VEMS/CV (10 %) Peak Flow (I/min)	237) Hémoglo	bine g/dl)	Libellé :	**************	d	u	***************************************	
	ormal Anorm	53 a d C 10 a a a a a a a a a a a a a a a a a a	Champ d'ap		CLASSE 1		The second secon	PNC/CCA
(248) Commentaires, limitations :	. 1							
	Ma	Oo	æ.	1				
	V				_	_		
i ji ji sa	Ma		N	1.0	2.	که ک	5	
(249) Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou di	u médecin ad	réé						
Je soussigne certifie que j'ai personnellement examin et que ce rapport d'examen médical et ses annexes	né (ou que mor contiennent no	aroune o	de médecins-c ations d'une m	onseils agré anière com	és a examiné plète.) le deman	deur mentionr	né ci-dessus
(250) date : Nom et adresse du médecin-chi de l'AeMC ou du médecin agre-	ef		~ ti	Cachet	du médecin-chef ou du médecin ag	de		
M-921. 2012 Faxe Telephone: E-mail	Dr P. JOI Médeci	JHDA	25 -	et signa		J. 44		

Fra - AeMC - 05





RAPPORT D'EXAMEN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE

COMPLÉTER CETTE PAGE DANS SA TOTALITÉ ET EN LETTRES MAJUSCULES

Pannet mädiaal

341 3			400-						Secret médie
(1) Pays de délivrance de licence:		(2) Classe of	du certificat méd	ical demandée:	2	1	2	LAPL	PNC/CC/
(3) N - SALL		(4) Nom de	naissance;			(12) Genre	sollicité:		
AMINATA		1				Initial			
Né(e) le : 23/10/2000 30091	_						ellement/prorogat	ion	
(5) P DAKAR		(6) Date de	naissance:	(7) Sexe:		(13) Numér	o de référence :		
DITIONS		23/10	2000	Masculin Féminin					
(401) Consentement à l'envol de renseignemen	nts médicaux	1 1		A Property of	_				
Par la présente, l'autorise la transmissio aéromédical de l'Autorité, reconnaissant expertise médicale et deviendront et der national. Le secret médical sera respect Signature du der USA 2022	meureront la pr é à tout mome	ropriété de l'Autr	nu dans ce ra autres donné prité, à la cond	dition que moi-n	ictioniq ieme oi	nexes à l'Alv uement doit u mon mêde xaminateur (Al	cin puisse y av	au médecin s pour effectur oir accès selo LAFAILL ins généro AA TB-F-05	er une on le droit LE
(402) Catégorie d'examen:	(403) Antécédents ORL			_				
M Initial	,	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	-					RAS	
prorogation	2								
Renouvellement									
Recours spécial									
Samuel effetiere									
Examen clinique; Cocher chaque item				(419) Audion	étrie tonale			
(404) Tête, visage, cou, cuir chevelu		Normal	Anormal				db HL (seuil d'a		
A CHARLES TO THE MEN MINTER.				Hz			tion aérienne		ion osseuse
(405) Cavité buccale, dents				HZ	250	Preille droite	Oreille gauche	Oreille droite	Oreille gauch
(405) Pharynx		Ц			500	10	10		-
				<u> </u>	1000	~	10		-
(407) Narines et naso-pharynx (y compris minos	scopie antérieure) [7			2000	2	~		
(408) Système vestibulaire, y compris Romberg		<u> </u>	 		3000	Ó	0		
V V V V V V V V V V V V V V V V V V V		<u> </u>			4000	5	3		
(409) Elocution			П		3000	0	0		
(410) Sinus		-		- L.	3000	0	0		
(411) Conduits auditifs externes, tympans		Z		(420)	Audiogr	amme			
				(420)	- radiogi	en talle			
(412) Otoscopie pneumatique		Ø	П		L		O= Droit	= aérienne	
(413) Tympanométrie, y compris la manœuvre d	e Valsalva	-		-10			X = Gauche	= osseuse	y
(uniquement examen initial)	- ANSWERS BOOKS			_	•••••	<u> </u>			÷
Fests supplémentaires			, -	10 20					I
(si indiqués)	Non effectué	Normal	Anormal	30		·			
(414) Audiométrie vocale				40					
(415) Rhinoscopie postérieure	<u> </u>			50					†
Alto del la constanta del cons				70 F					
(416) ENG; nystagmus spontané et positionnel		П		80					<u></u>
(417) Epreuve calorique différentielle -	- L	<u> </u>	<u> </u>	90		ļļ		····	ļ
Epreuve vestibulaire rotatoire				100				·····†······	
(418) Laryngoscopie directe ou indirecte	П	П	П	110				····	
				250	0 50	1000	2000 3000	4000 60	000 8000Hz
(421) Remarques et recommandations ORL:									
A 31 A					_				
27									
35									
422) Déclaration du médecin examinateur.									
e certifie avoir personnellement examiné le dema orrecte.	andeur mentionne	ci-dessus et que	ce rapport d'exa	men médical et se	s annexe	es contiennen	t mes constatation	ns d'una maniàn	a complète et
record to the second se							THE OF BUILDING	ing digital triatificati	s contiblete ef
423) Lieu et date:	2022 Nom et	adresse de l'exam	iinateur; (en maj	iuscules):		Cache	tetn° de l'AME d	u du spécialiste	
Toutouse Blagner 1							Dr JY. I	AFAILLE	
ignature du médecin examinateur agréé:						1	Médecine	générale TB-F-05	
							CEMA	1B-F-05	
1/1	1					-		200	- Carlotte
	E-mail:						Proposition d'api	litude du médeci	n ORL
	Telephon	ne No:					[7]	 .	
5	Fax No:						Apte		napte
							Otorhinolarymanion	· Francisco F	

Audiométrie tonale



Patient

SALL

AMINATA

Né(e) le : 23/10/2000 30091

Date de naissance

DAKAR

Opérateur : Pauline Cansot

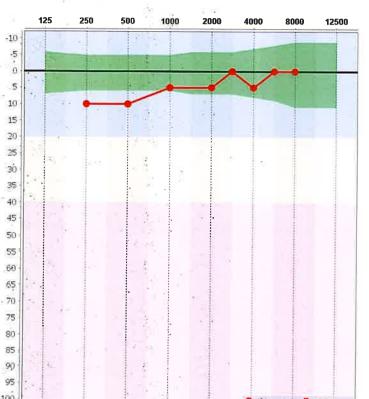
Date de mesure

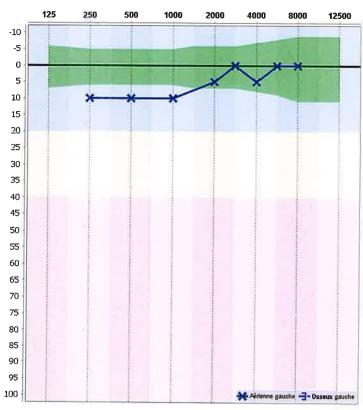
11/02/2022 12:39:10

Gauche









Indice Tonal Moyen	Gauche	Droite
Indice Tonal Moyen	8,33 dB HL	6,67 dB HL
Indice précoce d'alerte	1,67 dB HL	1,67 dB HL
Indicateur médico-légal	8,00 dB HL	6,00 dB HL
Indicateur de surdité professionnelle	7,50 dB HL	6,25 dB HL
Sigycop (O= 2)	Coef.: 2	Coef. : 2

Notes

Appareil utilisé pour la mesure

Appareil: OtoWin S/N: 16088 - 038 Firmware: 1.1.3d Hardware: rev9 Stimulateur: DD45 HI

Date de calibration : 26/07/2021

ndd Medical Technologies

Zurich, Switzerland

SALL AMINATA

Né(e) le : 23/10/2000 **30091**

IMC 21.1

Votre VEMS/théorique: 90 %

DAKAR

ge: 22 (02/01/2000)

Sall, Aminata

Sexe	Féminin	Taille	160
Ethnicité	Africain	Poids	54

0 cm kg

CVF avec **CV**

- Date du test	11/02/2022 12:42:25	Interprétation	GOLD(2008)/Hardie	Sélection de valeur	Meill. valeur
Heure post	S	Val. théo.	FRS (FCCS/FGKS), 1993 * 0.88	BTPS (insn/exp)	112/102

			rie				
Paramètre	Théo.	Lln	Meilleur	Essai 2	Essai-3	Essai 1	%Théo.
CVF.[L]	₹3,12	2,50	2,44*	2,44*	2,32*	2,35*	78
VEMS [L]	2,72	2,17	2,44	2,44	2,32	2,28	90
VEMS/CVF	0,843	0,735	1,000	1,000	1,000	0,970	119
DEF25-75 [L/s]	4,07	2,67	4,00	4,00	4,59	4,03	98
DEP [L/s]	.6,94	5,46	7,08	7,08	6,44	5,93	102
TEF [s]		-	1,0	1,0	0,9	1,3	-

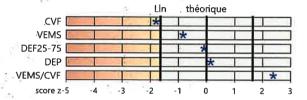
Attention: qualité de test médiocre. Interpréter avec précaution.

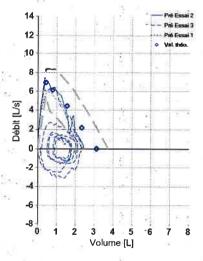
Qualité du test

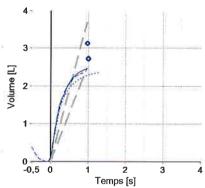
Interprétation système

Pré Pré

Aucune interprétation, pas assez d'essais acceptables







^{*} Résultats inf. à la limite normale ou changement post test significatif.



ZODIAC 901 N/S 37874 Casque N/S -----Date Cal: 21-Oct-2021

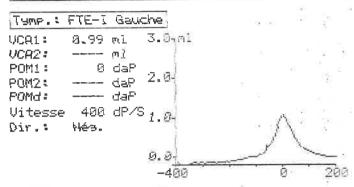
Aemo U.E.F.05

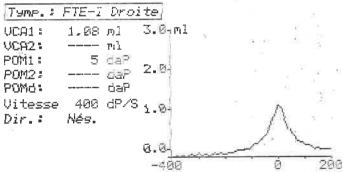
Opérateur:

Patient:

H du Patient: 41

Date: 11-Fév-2022 Heure 13:42









RAPPORT D'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

COMPLÉTER CETTE PAGE DANS SA TOTALITÉ ET EN LETTRES MAJUSCUI ES

(1) Pays de délivrance de licence;		(0) (0)		A-1.5.1	1	_		Secret médic
		(2) Clas	sse du certifica	at médical demandée ;	2 1	 2	LAPL	PNC/CCA
(3) SALL		(4) Nom	de naissance	1	(12) Genre	sollicité;		
AMINATA					Initial	reliement/prorogati		
(5) Né(e) le : 23/10/2000 30091	-	(6) Date	de naissance	(7) Seve:			ion	
DAKAR		(5) 54.5	do reissance	M-asculin Féminin	(13) Nume	ro de référence :		
(301) Consentement à l'envoi de renseignements : Par la présente, j'autorise la transmission d'aéromédical de l'Autorité, reconnaissant qu'expertise médicale et deviendront et demei expertise médicale et deviendront et demei national. Le secret médical sera respecté à Date: Signature du der	le tout renseig le ces docume ureront la prop l tout moment.	riété de l'A	ntenu dans (es autres do utorité, à la	ce rapport et toutes ses a	ou mon méd	vent etre utilisés ecin puisse y av	au médecin pour effecti oir accès se	du service ler une on le droit Dr P. J Médecir
	WV.					10	-	CEMA
302) Catégorie d'examen: Initial	(303) A	ntécédents o	phtalmologiqu	PHS				
Xamen dinique; contrôler chaque point		Normal	A	Acuité visuelle:	43 64- 3			
04) Yeux, aspect externe & paupières			Anormal	(314) Vision à distan	ce (à 5/6m) Sans correction	ın)(4)(220222	Lentilles de
05) Yeux, segment antérieur (tempe à fente, c	nahtalas	19		Œil droit	(0/10	Corrigé à	Lunettes /10	contact /10
06) Position et mobilité oculaire	opntalmoscope.)	N		Œil gauche	[<i>O I</i> 10	Corrigé à	/10	/10
		N/		Vision Binoculaire	10 /10	Corrigé à	110	/10
07) Champs visuels (confrontation)		7		(315) Vision à distan	ce intermédia	ire (à 1 m)		
08) Réflexes pupillaires		Image: section of the			Sans correction	n	Lunettes	Lentilles de contact
09) Fond d'œil (ophtalmoscopie)	1	A		Œil droit Œil gauche	102 MO	Corrigé à	МО	/10
10) Convergence	L cm			Vision Binoculaire	2 /10	Corrigé à	//0	/10
11) Accommodation	D			(316) Vision de près				/10
2) Équilibre oculomoteur (en dioptries pris	smatique)			(O10) VISION DE PRES	(a 30-50 cm) Sans correction	•	A CONTRACTOR OF THE PARTY OF TH	Lentilles de
À la distance de 5/6 mètres		à 30-50 cm		Œil droit	77 /10	Corrigé à	Lunettes /10	contact
tho OVERO Orth		. 50 00 (2)1	-	Œil gauche	PZ /10	Corrigé à	/10	/10
Eso			Λ	Vision Binoculaire	V) 110	Corrigé à	/10	/10
D Exo		XISA		(317) Réfraction				
Hypodo Cycl					Sph	Cylindrique	Axe	Addition
pie Oui Non Pho		i F	Non	Œil droit	+0	The second secon	7.434	Addigon
reuve de réserve de fusion Non effect				Œil gauche	Ito, s	0 -0,75	7-0	
7	ue Livorm	ai Na	normal	Prescription optique	basée sur	la réfraction ol	ojective:	
3) Perception des couleurs				<u></u>				
mbre de planches présentées: 2 U	Type: ISHIHAI	RA (24 plar	nches)	(318) Lunettes		(319) Lentil	les de conta	ct TUO
st approfondi de perception de couleurs inc	Nombre d'erre)	Oui No	n	Oui	Non	,20
thode:	aique	Oui	Non	Type:		Type:	- Non	
Normal Anormal		Normal /	Anormal	(320) Tension intra-oc	ulaire			
	naloscope			Droit 14	mmH	Gauche	16	mmHg
Normal And	ormal			Méthode:				
1) Remarques et recommandations ophtal	mologiques			1	Anomal			
,	orogiques;	_						
) Déclaration du médēcin examinateur:								
rifie avoir personnellement examiné le demander cte.	ur mentionné ci-c	dessus et que	e ce rapport d	examen médical et ses anne	xes contiennen	mes constatations	d'une manièn	e complète et
Lieu et date:			minateur: (en					- southiere at
11.2.22	in a contract and it	- Se se se se	eu. (en	majuscules);	N* d'A	ME ou de spécialis	te:	
ature du médecin examinateur agréé:	-							
The state of the s								1
Dr Françoise CLERGUÉ								
Ophtalpologiste N° 311057186	E-mail:				Prop	osition d'aptitude d	u médedin ont	rtalmologiste
CEMA\TB - 05	Telephone I	٧o:					игорг	
	1					Apte	☐ Inan	



CEM-CEMPN BLAGNAC

Information Pat Patient

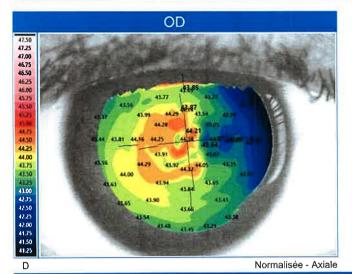
AMINATA Né(e) le : 23/10/2000 30091 DAKAR

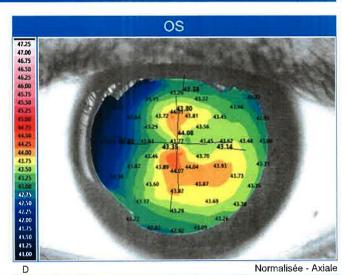
Sexe

Date d'Examen 11/02/2022 12:32:16

Patient ID Date de Naissance 23/10/2000

MAPPE





Méridiens 3 mm 5 mm 7 mm 43.37 @ 3° 43.64 @ 6° 43.47 @ 9° 43.87 @ 99° 43.85 @ 93°

3 mm 5 mm 7 mm 43.14 @ 1° 42.88 @ 174° 43.35 @ 178° 43.80 @ 91° 43.38 @ 84° 44.08 @ 88° -0.66D ax1° -0.50D ax174° -0.74D ax178°

		Donné
Décentrage Cornée	X= -0.44 mm	Y= 0.02 mm
Diamètre	11.82	2 mm
Décentrage Pupille	N.C.	N.C.
Diamètre Pupille Moyen	N.	C.
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 43.92 D	/ 3mm: 44.01 D

-0.41D ax9°

-0.48D ax3°

Cornée		
Décentrage Cornée	X= 0.41 mm	Y= 0.03 mm
Diamètre	11.86	6 mm
Décentrage Pupille	N.C.	N.C.
Diamètre Pupille Moyen	N.	C.
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 43.68 D	/ 3mm: 43.73 D

			Détection
AK	AGC	SI	Kpi
46.25 D	1.31 D/mm	-0.06 D	0%
Topogr	aphie non compa	tible avec un kéra	tocône
Α	D	Ro - Teta	Rnd

AK	AGC	SI	Kpi
44.19 D	0.77 D/mm	0.32 D	0%
Тород	graphie non compa	tible avec un kérato	ocône
Α	D	Ro - Teta	Rnd

Indices de Kérato-Réfraction							
SD	SAI	Asph.	Kc	SD	SAI	Asph.	Kc
SD = 0.80 D	SAI = 0.50 D	e = 0.32	44.19 D	SD = 0.44 D	SAI = 0.24 D	e = 0.51	43.74 D

Annotations

44.21 @ 96°

-0.57D ax6°

Patient: SALL, Aminata

Date de naissance:

SALL

Sexe: féminin

AMINATA

Né(e) le: 23/10/2000 30091

Identifiant du patient

PAKAR

Haag-Streit Diagnostics AG

ET - Esterman

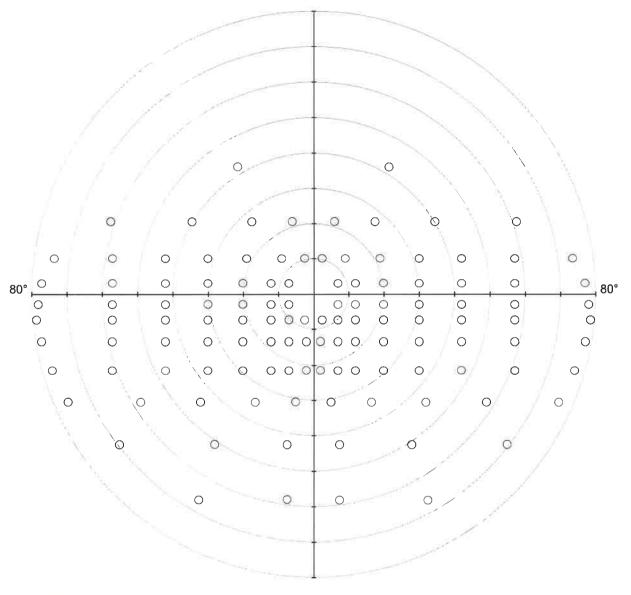
OU Valeur supraliminaire HFA

Contrôle de fixation: Stimulus: B/B, III, Blanc 11/02/2022 Arrêt Date: Cible de fixation: Croix Fond: 31.4 asb Heure: 11:19 Pertes de fixation: Stratégie: 1LT-ET Âge: n/a 21

Erreurs faux POS: 0/6 Diamètre de la pupille: Non mesuré

Erreurs faux NÉG: 0/5 Acuité visuelle:

Durée du test: 03:26 Rx:



Score Esterman: 100 0 Point vu: 120/120 Point non vu: 0/120

△ Tache aveugle

Commentaires

Signature



Acres was	
	dead
Liberte . Egalité . Frateca	li de la companya de
République Françai	SE PROPERTY

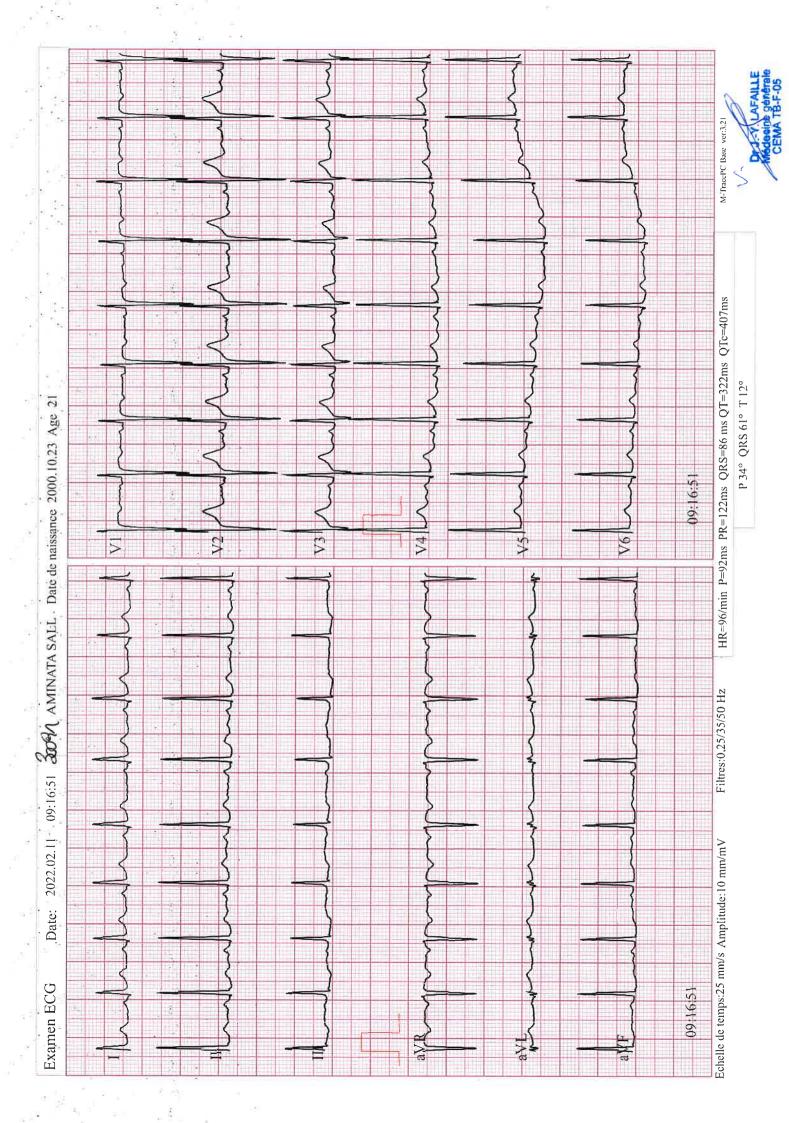
re d'examen de la santé mentale SALL

- AMINATA dats à l'admission CL1 en AeMC

- SECRET MEDICAL

DINAME HOLDER SERVICE		4	Né(e) le : 23/10/2000	3000
NOM :	24 1		: DAKAR	3003

NOM : Prénoms :	* DAKAR		AKAR
ATCD médico neveholos	niques connus: sur le plan personnel dep		SENEGAL!
commentaires:	iques connus: sur le pian personnel dep	uis l'enfance: oui 🗌 non 🗹	P. (55)
Sommertaires.			
* ± ±	<u> </u>		₽
	the state of the s		
	s, fratrie, oncles, tantes, grands-parents, cou	usins: oui 🗆 non 🗖	
commentaires:		r a	
1 100	- 24°	2	
<u> </u>	185		
S (S)	: passé(s) et actuel(s) ?: oui 🔲 non 🗹		2
psychotherapie ou suivi ps	sychologique en cours ? oui 🔲 non 📈	dernière ordonnance?	
	5 P. H		
E 188		55	a a
présentation générale / cor	ntact adapté oui 🗹 non 🗖		- H 191
mmetamos es sulla O - (F			
symptômes cognitifs ? oui [」 non ∐		
	7 me		
symptômes psychotiques ?	oui 🔲 non 🔟		8 84, 2
B 4 3	#1 PC		,5
troubles de l'humeur ? oui [J pop. □		
1 1 100			
" = 00.77	2 %	8	* 1
troubles anxieux ? oui	non 🗔		** - **
, A.			
trouble des conduites ? oui	□ non □	2 22 2 2	24
mar e en libo		- Francisco - Francis	onduites alimentaires: oui☐ non☑IMC ?
		tests sanguins	1111
	19		aNie D D D D D
tests urinaires: cannabis (seuil THC > 50 ng/ml) positif 🗌 négatif 🔲	cocaine (seuil > 300 ng/ml) positif [I négatif □ autre ?:
signes d'appel à l'examen so	omatique: oui 🔲 non 🔣		
30	# # A		
	*		
évaluation de la motivation a	aéronautique, du désir de devenir pilote profe	essionnel ?:	rience aéronautique (heures de vol) ?
	très moteres so	ie structures	anence acionautique (neures de voi) ?
autre / commentaires :			
	20		
159			Nom, date et signature du médecin
	220 at 15		examinateur ,
Conclusion: 🛕 - absen	ce d'antécédent, d'anomalie décelable, moti	imtion adoptée etc	Nom :
- ou bie	— :	vanon adaptee, etc	Dr I V I AFAILLE
G4 DIC	- bilan avec un psychiatre ou un psy	ychologue clinicien au fait du milieu	date: Médesine générale CEMA TB-F-05
	aéronautique (ayant bénéficié d'une	ormation agrée par la DGAC)	
* I	CAT à discuter en staff.		



ABORATOIRE

DES CEDRES

Membre du Groupe inovie





Franks CADDES

Corolina DEMALO:

šile DAHAN — Cotherne Al

IENGOL – Búnédicte NO

LIVERUS MERIOT

Martial CHEVRS

homas MGNO

îte Clinique des Cèdres

Demande: Dr JOURDAN PIERRE

AEROPORT TOULOUSE BLAGNAC BAT 5 HALL B 3EME ETAGE 31700 BLAG

CEMPN - CEMA AEROPORT DE TOULOUSE BLAGNAC CS 60030

31701 BLAGNAC CEDEX

Patient: Mme SALL AMINATA

Né(e) le 23.10.2000

Dossier Nº 0120420005

- 00 reçû le 09.02.2022

à 11·17

Prélevé le 11.02.2022

· · à 11:17

Edité le 11.02.2022

.

Prélèvement non effectué et non identifié par le laboratoire.

HEMATOLOGIE(sang)

Intervalle de référence

Antécédents

NUMERATION GLOBULAIRE

(Principe Coulter et photométrie, Beckman DXH-800)				
Globules Blancs		7,6	G/L	N: 4,0 à 11,0
Globules Rouges		4,70	T/L	N: 3,20 à 5,40
Hémoglobine	•	11,9	g/dL	N: 12,0 à 16,0
Hématocrite		37,4	%	N: 37,0 à 50,0
Volume Globulaire Moyen		79,6	fL	N: 79,0 à 97,0
Taux Globulaire Moyen en Hb	2	25,3	pg	N: 27,0 à 32,0
Conc Glob Moyenne en Hb		31,8	g/dL	N: 31,0 à 36,0
Indice distribution GR		13,2	%	N: 12,3 à 17,0

Anomalies des Globules rouges :

Anémie microcytaire

FORMULE LEUCOCYTAIRE

(DXH-800, Cytométrie de Ilux)

POLYNUCLEAIRES

Neutrophiles	55,2 % soit	4,20	G/L	N: 1,50 à 7,50
Eosinophiles	2,2 % soit	0,17	G/L	N: 0,00 à 0,60
Basophiles	0,6 % soit	0,05	G/L	N: 0,00 à 0,20
LYMPHOCYTES	27,6 % soit	2,10	G/L	N: 1,10 à 4,40
MONOCYTES	14,4 % soit	· 1,09	G/L	N: 0,20 à 0,80
*				

PLAQUETTES

(Principe Coulter, Beckman DXH-800)

Volume plaquettaire moyen

G/L

427,0

7,6

N: 150,0 à 400,0

N: 7,5 à 11,2

fL

Compte-rendu d'examens biologiques de:

Mme SALL AMINATA

Dossier N° 0120420005 00 du 11.02.2022 à 11:17

prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE

Né(e) le 23.10.2000

transmis par CEMPN - CEMA

BIOCHIMIE (sang)

Intervalle de référence

Antécédents

GLYCEMIE

0,86

g/l

N: 0,70 - 1,10

(Colorimétrie, cobas)

soit

4.77 mmol/l N: 3,89 - 6,12

CREATININE

Remarque : chez une femme enceinte, une glycémie supérieure ou égale à

0,92 g/l au 1er trimestre évoque un diabète gestationnel.

N: 45 - 84

(Méthode enzymatique, Cobas)

soit

µmol/l mg/l

N: 5 - 9

ESTIMATION DU DEBIT DE FILTRATION GLOMERULAIRE (selon équation CKD-EPI)

54

DFG origine caucasienne

129

ml/min/1.73m²

DFG origine afrique subsaharienne et afro-américaine 149

ml/min/1.73m²

Stade	DFG (ml/min/1,73 m ²)	nl/min/1,73 m²) Interprétation		
1	> ou = 90	Débit de filtration glomérulaire normal		
2	60 - 89	Débit de filtration glomérulaire légèrement diminué	21 H., A.,	
ЗА	45 - 59	Insuffisance rénale modérée	5.	
3B	30 - 44	Insuffisance rénale modérée	2	
4	15 - 29	Insuffisance rénale sévère		
5	< 15	Insuffisance rénale terminale	30 U	

ACIDE URIQUE

46

mg/l

N: 24 - 57

(Colorimétrie enzymatique, Cobas)

273,7 µmol/l N: 142,8 - 339,2

Remarque: l'objectif thérapeutique chez un patient goutteux est un taux d'acide urique inférieur à 60 mg/l.

TRIGLYCERIDES (Colorimétrie enzymatique)	soit	0,43 <i>0</i> ,49	g/l mmol/l	N: Inf. à 1,98 N: Inf. à 2,26
CHOLESTEROL TOTAL (Colorimétrie enzymatique, Cobas)	soit	1,85 <i>4,7</i> 9	g/l mmol/l	N: 1,00 - 2,20 N: 2,59 - 5,70
TRANSAMINASE G.O. (Colorimétrie IFCC, Cobas)	72	19	U/l	N: 10 - 35
TRANSAMINASE G.P. (Colorimétrie IFCC, Cobas)		11	U/l	N: 10 - 35
G.G.T (Colorimétrie enzymalique, Cobas)		26	U/I	N: 5 - 36

Compte-rendu d'examens biologiques de :

Mme SALL AMINATA

Dossier N° 012042000500 du 11.02.2022 à 11:17

prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE

Né(e) le 23.10.2000

Chambre:

transmis par CEMPN - CEMA

ACCREDITATION DU LABORATOIRE

"Le laboratoire des Cèdres est accrédité, selon les exigences de la norme NF EN ISO 15189, pour tous les examens de Biologie médicale (telles que définies dans le Code de santé publique) réalisés et indiqués dans le présent Compte-rendu. Accréditation Cofrac examens Médicaux, n°8-1625, liste des sites accrédités et portées disponibles sur ww.cofrac.fr. L'état d'accréditation des examens pouvant être réalisés par les laboratoires sous traitants est indiqué soit par un (*) lorsque l'examen n'est pas accrédité, soit précisé dans le compte-rendu du soustraitant joint en annexe."



COMMUNAUTE ECONOMIQUE
DES ETATS DE L'AFRIQUE DE L'OUEST
ECONOMIC COMMUNITY OF WEST
AFRICAN STÂTES

REPUBLIC OF SENEGAL



PASSEPORT Passport

A 03010999

Ce passeport contient 32 pages This passport contains 32 pages

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Passeport / Passport

I Type Code

SENI

A03010999

Nom / Name SALL Prenom / Green Names AMINATA

Nationalité / Nationality SENEGALAISE

Date de nessance / Date of birth
23 OCT / OCT 2000

Sexe / Sex Usu de nansance / F F DAKAR

Date de délivrance / Date of issue 26 JAN / JAN 2022

Date d'expiration / Date of expiry 25 JAN / JAN 2027 Nº personnel / Personnel // 2870200002306

MINT/DGPN/DPETV

Ignature du titulaire / Holodr's aignature



P<SENSALL<<AMINATA<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<><<< a030109995SEN0010230F2701253287.0200002306<66

s'ils ont besoin de verres correcteurs pour la première

6) s'ils ont été admis dans un hôpital, ou une clinique

5) en cas de grossesse ; incapacité de travailler comme membre d'équipage

s'ils souffrent d'une maladie importante impliquant une

5) are pregnant;6) have been admitted to hospital or medical clinic;7) first réquire correcting lenses.

4) have been suffering from any significant illness

involving incapacity to function as a member of the incapacity to function as a member of the flight crew have suffered any significant personal injury involving

have commenced the regular use of any medication.

European Union

Except for the LAPL medical certificate Issued in accordance with Part-MED Complies with ICAO standards medical certificate

CLASSE 1/2/LAPL CLASS 1/2/LAPL

Medical certificate

CERTIFICAT MÉDICAL

CIVIL AVIATION ADMINISTRATION - FRANCE DE L'AVIATION CIVILE

DIRECTION GÉNÉRALE

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued

or is to issue the pilot licence

FRANCE

Numéro de certificat / Certificate number

(JJ/MM/AAAA) / Expiry date of this certificate

for (DD/MM/YYYY)

Date d'expiration du certificat médical pour

 \succeq

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

AMINATA

XIV Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)

23/10/2000 . DAKAR

Nationalité / Nationality SN (SENEGAL) =

Signature du titulaire / Signature of holder ₹

11 / 02 / 2027

LAPL / LAPL

Date of medical examination Date de l'examen médical /

Code - Description / Code - Description

XIII Limitations / Limitations

Certificat médical de Classe 1

Class 1 medical certificate

a) Licence holders shall not exercise the privileges of their

a) Les titulaires de licence n'exercent à aucun moment

les privilèges de leur licence et des qualifications ou

MED.A.020 Diminution de l'aptitude médicale

 are aware of any decrease in their medical fitness licence and related ratings or certificates at any time

which might render them unable to safely exercise

MED.A.020 Decrease in medical fitness

b) In addition; licence holders shall, without undue delay

likely to interfere with flight safety.

seek aero-medical advice when they:

b) En outre, les titulaires de licence tâchent d'obtenir, sans

susceptible d'influer sur la sécurité des vols

retard indu, un avis aéromédical :

s'ils ont subi une opération chirurgicale ou une

procédure invasive

reçoivent tout traitement médical, chirurgical ou autre

l'exercice en toute sécurité des privilèges de la licence ou non prescrits qui sont susceptibles d'influer sur incapables d'exercer ces privilèges en toute sécurité : leur aptitude médicale susceptible de les rendre

prennent ou utilisent des médicaments prescrits

I) ont connaissance d'une quelconque diminution de

certificats qui y sont liés s'ils

2) s'ils ont entamé la prise régulière d'un médicament;3) s'ils souffrent de toute blessure importante impliquant

incapacité de travailler comme membre

receive any medical, surgical or other treatment that is

exercise of the privileges of the applicable licence

take or use any prescribed or non-prescribed medication which is likely to interfere with the safe

1) have undergone a surgical operation or invasive

procedure

11/02/2022

Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram

X Date de délivrance / Date of issue

Class 1 single pilot commercial operations carrying

nassengers

Classe 1, exploitation commerciale monopilote

avec transport de passagers /

11 / 02 / 2022

11/02/2022

Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor

Classe 1, autres exploitations commerciales /

11 / 02 / 2023

Class 1 other commercial operations

11 / 02 / 2023

11 / 02 / 2027

Classe 2 / Class 2

Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram

11/02/2022

Dr. Pierre JOURDAN XI Cachet / Stamp Dr P. JOURDAN Fra - AeMC - 05 Médecin chef

Pertaining to a Part-FCL licence A joindre à la licence