

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

(1) Pays de délivrance de licence : SENEGAL		(13) N° référence:	
(3) Nom : SALL		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☒ Classe 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA ☐	
(5) Prénom(s) : AMINATA		(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité ☒ initial ☐ renouvellement/prorogation
(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 23/10/2000		(7) Sexe : ☐ Masculin ☒ Féminin	(14) Type de licence désirée : PILOTE DE LIGNE
(8) Lieu et pays de naissance : DAKAR/SENEGAL		(15) Profession (principale) : ETUDIANTE	
(10) Adresse permanente : KEUR MASSAR		(16) Employeur : AIR SENEGAL SA	
(9) Nationalité : SENEGALAISE		(17) Dernier examen médical : Date : 07/02/2022 Lieu : CENTRE D'EXPERTISE MEDICALE DU PERSONNEL AERONAUTIQUE	
(11) Adresse postale : (si différente)		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ☐ Oui ☐ détails :	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéro de licence Pays de délivrance		(21) Nombre total d'heures de vol :	
(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 : Détails :		(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 ☐ Oui ☐ Date : Lieu : Détails :		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : MONOMOTEUR A PISTON	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non ☐ Oui ☐ consommation journalière unités		(25) Type de vol envisagé : VOLS D'INSTRUCTION	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais ☒ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt : Oui ☐ type et quantité :		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☒ Multipilote ☐	
		(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non ☐ Oui ☐ 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	OUI	NON
☐	☒	☐	☒	☐	☒	Antécédents familiaux	
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐					

APPORT D'EXAMEN MEDICAL

au formulaire pour demande de certificat médical)

PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM :		Prénoms :		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : DAKAR			
				Lieu de naissance : 23/10/2000			
(201) Catégorie d'examen ☒ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 160 cm	(203) Poids 54,2 kg	(204) Yeux couleur marron	(205) Cheveux couleur noir	(206) Tension artérielle (assise) mmHg Systolique 130 Diastolique 80		(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 85 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

21 ans. EP. Cadet Air Sénégal Célestine Sam enft.
(Licence Math et informatique)
Rapport 617.000.

tabac alcool / φ.
Red sont : basket +1. régulier

toxicques négatifs

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)		(235) Analyse d'urine	
(229) (de loin à 5m/6m en dixième)		Normale ☒ Anormale ☐	
Oeil droit sans correction	Corrigée à	Glucose	Protéines
Oeil gauche sans correction	Corrigée à	Sang	Autres
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à		

(230) Vision Intermédiaire		sans correction		avec correction		Rapports annexés	
	N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non	Non réalisé	Date
Oeil droit		☐	☐	☐	☐	☐	11/02/22
Oeil gauche		☐	☐	☐	☐	☐	11/02/22
Vision binoculaire		☐	☐	☐	☐	☐	11/02/22

(231) de près		sans correction		avec correction		(232) ECG	
	N5 lu à 30 - 50cm	Oui	Non	Oui	Non	Non réalisé	Date
Oeil droit		☐	☐	☐	☐	☐	11/02/22
Oeil gauche		☐	☐	☐	☐	☐	11/02/22
Vision binoculaire		☐	☐	☐	☐	☐	11/02/22

(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact	
Oui ☐	Non ☐	Oui ☐	Non ☐
Type :		Type :	
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe
Oeil droit			
Oeil gauche			

(234) Perception des couleurs	Normale ☐	Anormale ☐
Tables pseudo-isochromatiques	Type I S H I H A R A	
Nombre de tables présentées	Nombre d'erreurs	

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)	
(si 239/241 non réalisé)	
Oreille droite	Oreille gauche
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur	
Oui ☐	Oui ☐
Non ☐	Non ☐

(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine	
VEMS/CV	Peak Flow	(l/min)	(g/dl)
Normal ☒	Normal ☐	Normal ☒	Normal ☐

(248) Commentaires, limitations :

apte classe 1
11.02.2023

(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 : 11.02.2022	et lieu : Dakar
Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : Dr P. JOURDAN Médecin chef Fra - AeMC - 05	
Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : [Signature]	
Numéro d'AME : [Numéro]	

RAPPORT D'EXAMEN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE

COMPLÉTER CETTE PAGE DANS SA TOTALITÉ ET EN LETTRES MAJUSCULES

Secret médical

(1) Pays de délivrance de licence:		(2) Classe du certificat médical demandée: ☒ 1 ☐ 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA	
(3) N° SALL AMINATA Né(e) le : 23/10/2000 30091		(4) Nom de naissance:	(12) Genre sollicité: ☒ Initial ☐ Renouvellement/prorogation
(5) P DAKAR	(6) Date de naissance: 23/10/2000	(7) Sexe: ☐ Masculin ☒ Féminin	(13) Numéro de référence :

(401) Consentement à l'envoi de renseignements médicaux:
Par la présente, j'autorise la transmission de tout renseignement contenu dans ce rapport et toutes ses annexes à l'AME et, si besoin, au médecin du service aéromédical de l'Autorité, reconnaissant que ces documents ou toutes autres données stockées électroniquement doivent être utilisés pour effectuer une expertise médicale et deviendront et demeureront la propriété de l'Autorité, à la condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès selon le droit national. Le secret médical sera respecté à tout moment.

Date: 11/02/2022 Signature du demandeur: [Signature] Signature du médecin examinateur (AME): Dr J.-Y. LAFAILLE Médecin généraliste CEMA TB-F-05

(402) Catégorie d'examen: ☒ Initial ☐ prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(403) Antécédents ORL: RAS
---	----------------------------

Examen clinique:

Cocher chaque item

	Normal	Anormal
(404) Tête, visage, cou, cuir chevelu	☒	☐
(405) Cavité buccale, dents	☒	☐
(406) Pharynx	☒	☐
(407) Narines et naso-pharynx (y compris rhinoscopie antérieure)	☒	☐
(408) Système vestibulaire, y compris Romberg	☒	☐
(409) Élocution	☒	☐
(410) Sinus	☒	☐
(411) Conduits auditifs externes, tympans	☒	☐
(412) Otoscopie pneumatique	☒	☐
(413) Tympanométrie, y compris la manœuvre de Valsalva (uniquement examen initial)	☒	☐

Tests supplémentaires

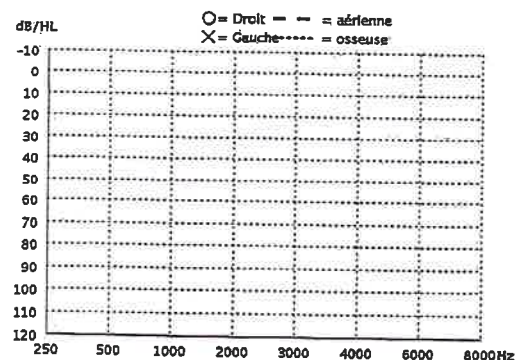
(si indiqués)

	Non effectué	Normal	Anormal
(414) Audiométrie vocale	☐	☐	☐
(415) Rhinoscopie postérieure	☐	☐	☐
(416) ENG: nystagmus spontané et positionnel	☐	☐	☐
(417) Épreuve calorique différentielle - Épreuve vestibulaire rotatoire	☐	☐	☐
(418) Laryngoscopie directe ou indirecte	☐	☐	☐

(419) Audiométrie tonale

Hz	Conduction aérienne		Conduction osseuse	
	Oreille droite	Oreille gauche	Oreille droite	Oreille gauche
250	10	10		
500	10	10		
1000	5	10		
2000	5	5		
3000	5	5		
4000	5	5		
6000	5	5		
8000	5	5		

(420) Audiogramme



(421) Remarques et recommandations ORL:

(422) Déclaration du médecin examinateur:

Je certifie avoir personnellement examiné le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent mes constatations d'une manière complète et correcte.

(423) Lieu et date: Toulouse, le 11/02/2022

Signature du médecin examinateur agréé:

Nom et adresse de l'examineur: (en majuscules):

E-mail:
Telephone No:
Fax No:

Cachet et n° de l'AME ou du spécialiste:

Dr J.-Y. LAFAILLE
Médecin généraliste
CEMA TB-F-05

Proposition d'aptitude du médecin ORL:

☒ Apts ☐ Inapte

Audiométrie tonale



Opérateur : Pauline Cansot

Patient

SALL

AMINATA

Date de naissance

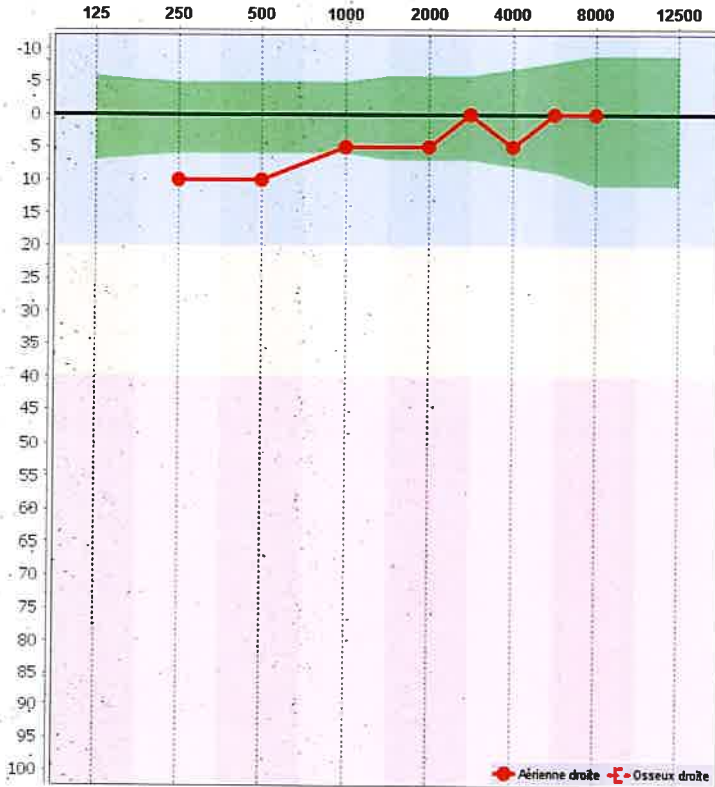
Né(e) le : 23/10/2000 30091

DAKAR

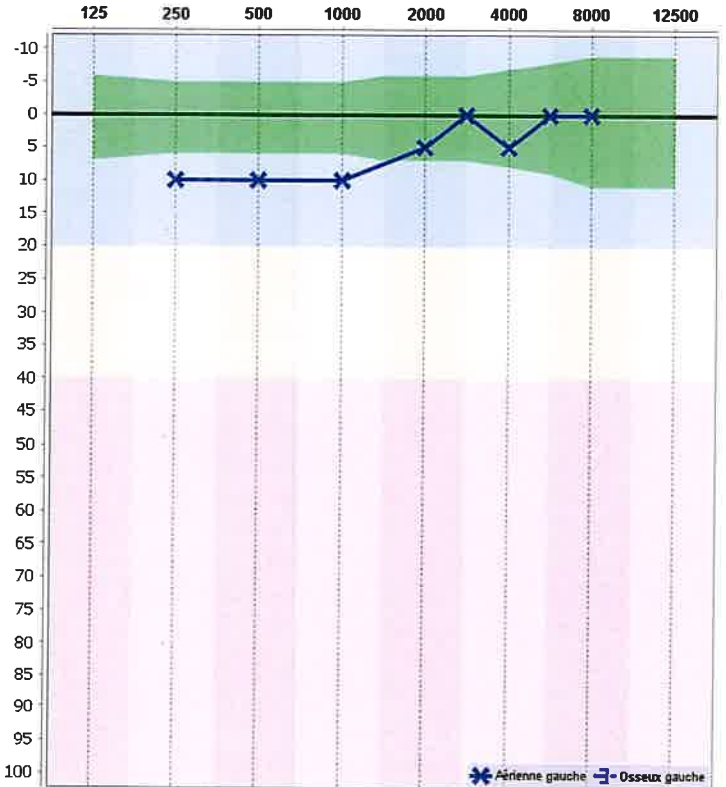
Date de mesure

11/02/2022 12:39:10

Droite



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

Sexe Féminin Taille 160 cm
Ethnicité Africain Poids 54 kg IMC 21.1

CVF avec CV

Votre VEMS/théorique: 90 %

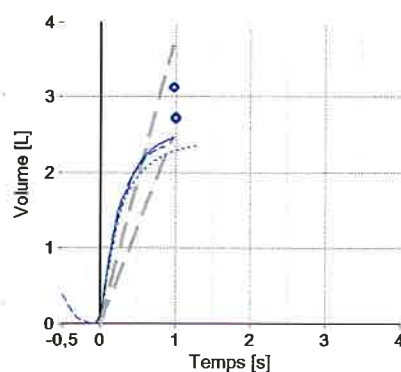
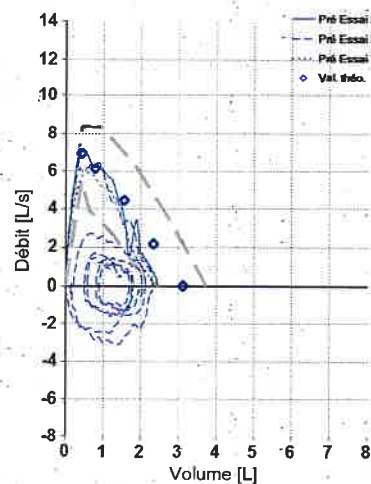
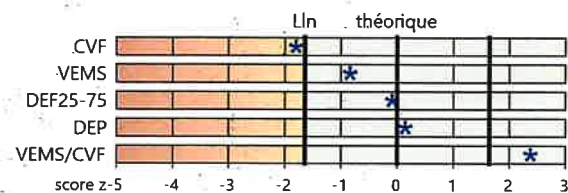
Date du test 11/02/2022 12:42:25 Interprétation GOLD(2008)/Hardie Sélection de valeur Meill. valeur
Heure post Val. théo. ERS (ECCS/EGKS), 1993 * 0,88 BTPS (insp/exp) 1,12/1,02

Paramètre	Théo.	Pré					%Théo.
		LIn	Meilleur	Essai-2	Essai-3	Essai-1	
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.

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

Qualité du test Pré F
Interprétation système Pré Aucune interprétation, pas assez d'essais acceptables





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

ReMC U.E.F.05
CEMA TB

Opérateur: _____

Patient: _____

N du Patient: 41

Date: 11-Fév-2022

Heure 13:42

Temp.: FTE-I Gauche

UCA1: 0.99 ml 3.0-ml
UCA2: ---- ml
POM1: 0 daP
POM2: ---- daP 2.0-
POMd: ---- daP
Vitesse 400 dP/S 1.0-
Dir.: Nés.



Temp.: FTE-I Droite

UCA1: 1.08 ml 3.0-ml
UCA2: ---- ml
POM1: 5 daP
POM2: ---- daP 2.0-
POMd: ---- daP
Vitesse 400 dP/S 1.0-
Dir.: Nés.



RAPPORT D'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

COMPLÉTER CETTE PAGE DANS SA TOTALITÉ ET EN LETTRES MAJUSCULES

Secret médical

(1) Pays de délivrance de licence:	(2) Classe du certificat médical demandée: ☒ 1 ☐ 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA
(3) SALL AMINATA	(4) Nom de naissance:
(5) Né(e) le : 23/10/2000 30091 DAKAR	(12) Genre sollicité: ☒ Initial ☐ Renouvellement/prorogation
(6) Date de naissance:	(7) Sexe: ☒ Masculin ☐ Féminin
(13) Numéro de référence:	

(301) Consentement à l'envoi de renseignements médicaux:

Par la présente, j'autorise la transmission de tout renseignement contenu dans ce rapport et toutes ses annexes à l'AME et, si besoin, au médecin du service aéromédical de l'Autorité, reconnaissant que ces documents ou toutes autres données stockées électroniquement doivent être utilisés pour effectuer une expertise médicale et deviendront et demeureront la propriété de l'Autorité, à la condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès selon le droit national. Le secret médical sera respecté à tout moment.

Date:

Signature du demandeur:

Signature du médecin examinateur (AME):

Dr P. JOURDAN
Médecine générale
CEMA TB-F-05

(302) Catégorie d'examen: ☒ Initial ☐ prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(303) Antécédents ophtalmologiques: RAS
---	--

Examen clinique:

Contrôler chaque point

	Normal	Anormal
(304) Yeux, aspect externe & paupières	☒	☐
(305) Yeux, segment antérieur (lampe à fente, ophtalmoscope)	☒	☐
(306) Position et mobilité oculaire	☒	☐
(307) Champs visuels (confrontation)	☒	☐
(308) Réflexes pupillaires	☒	☐
(309) Fond d'œil (ophtalmoscopie)	☒	☐
(310) Convergence	12 cm	☐
(311) Accommodation	D	☐

(312) Équilibre oculomoteur (en dioptries prismatique)

À la distance de 5/6 mètres	De près à 30-50 cm
Ortho	Ortho
Eso	Eso
Exo	Exo
Hyper	Hyper
Cyclo	Cyclo
Tropie ☐ Oui ☒ Non	Phorie ☒ Oui ☐ Non
Épreuve de réserve de fusion ☐ Non effectué ☐ Normal ☐ Anormal	

(313) Perception des couleurs

Planches pseudo-isochromatiques Type: ISHIHARA (24 planches)
nombre de planches présentées: 24 Nombre d'erreurs: 0

Test approfondi de perception de couleurs indiqué ☐ Oui ☒ Non

Méthode: Normal Anormal ☐ Oui ☒ Non

Lanterne de Beyne ☐ Normal ☐ Anormal

☐ Normal ☐ Anormal

(321) Remarques et recommandations ophtalmologiques:

Acuité visuelle:

(314) Vision à distance (à 5/6m)

	Sans correction	Lunettes	Lentilles de contact
Œil droit	10 /10	Corrigé à /10	/10
Œil gauche	10 /10	Corrigé à /10	/10
Vision Binoculaire	10 /10	Corrigé à /10	/10

(315) Vision à distance intermédiaire (à 1 m)

	Sans correction	Lunettes	Lentilles de contact
Œil droit	12 /10	Corrigé à /10	/10
Œil gauche	12 /10	Corrigé à /10	/10
Vision Binoculaire	12 /10	Corrigé à /10	/10

(316) Vision de près (à 30-50 cm)

	Sans correction	Lunettes	Lentilles de contact
Œil droit	12 /10	Corrigé à /10	/10
Œil gauche	12 /10	Corrigé à /10	/10
Vision Binoculaire	12 /10	Corrigé à /10	/10

(317) Réfraction

	Sph	Cylindrique	Axe	Addition
Œil droit	+0.25	-		
Œil gauche	+0.50	-0.75	70	

Prescription optique basée sur la réfraction objective:

(318) Lunettes

☐ Oui ☒ Non

Type: ☐ Oui ☒ Non

(319) Lentilles de contact

☐ Oui ☒ Non

Type: ☐ Oui ☒ Non

(320) Tension intra-oculaire

Droit	17 mmHg	Gauche	16 mmHg
-------	---------	--------	---------

Méthode:

☐ Normal ☐ Anormal

(322) Déclaration du médecin examinateur:

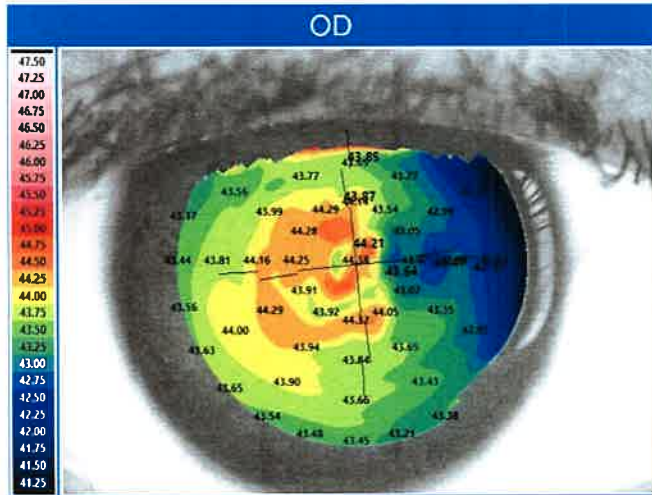
Je certifie avoir personnellement examiné le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent mes constatations d'une manière complète et correcte.

(323) Lieu et date: 11.2.22	Nom et adresse de l'examineur: (en majuscules):	N° d'AME ou de spécialiste:
Signature du médecin examinateur agréé: Dr Françoise CLERGUE Ophtalmologiste N° 311057186 CEMA TB - 05	E-mail: Telephone No: Fax No:	Proposition d'aptitude du médecin ophtalmologiste: ☒ Apte ☐ Inapte

SALL
Information Pat AMINATA
Patient Né(e) le : 23/10/2000 30091
Patient ID DAKAR
Date de Naissance 23/10/2000

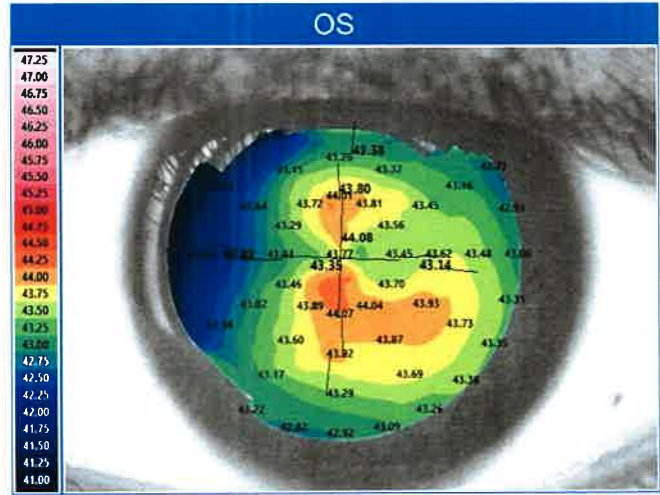
Sexe F
Date d'Examen 11/02/2022 12:32:16

MAPPE



D

Normalisée - Axiale



D

Normalisée - Axiale

Méridiens

3 mm	5 mm	7 mm
43.64 @ 6°	43.47 @ 9°	43.37 @ 3°
44.21 @ 96°	43.87 @ 99°	43.85 @ 93°
-0.57D ax6°	-0.41D ax9°	-0.48D ax3°

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

Données Cornée

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

Décentration Cornée	X= 0.41 mm	Y= 0.03 mm
Diamètre	11.86 mm	
Décentration 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 du Kératocône

AK	AGC	SI	Kpi
46.25 D	1.31 D/mm	-0.06 D	0%
Topographie non compatible avec un kératocône			
A	D	Ro - Teta	Rnd

AK	AGC	SI	Kpi
44.19 D	0.77 D/mm	0.32 D	0%
Topographie non compatible avec un kératocône			
A	D	Ro - Teta	Rnd

Indices de Kérato-Réfraction

SD	SAI	Asph.	Kc
SD = 0.80 D	SAI = 0.50 D	e = 0.32	44.19 D

SD	SAI	Asph.	Kc
SD = 0.44 D	SAI = 0.24 D	e = 0.51	43.74 D

Annotations

Patient: **SALL, Aminata**

Date de naissance: **SALL**

Sexe: **féminin** **AMINATA**

Né(e) le: 23/10/2000 **30091**

Identifiant du patient: **DAKAR**

Haag-Streit Diagnostics AG

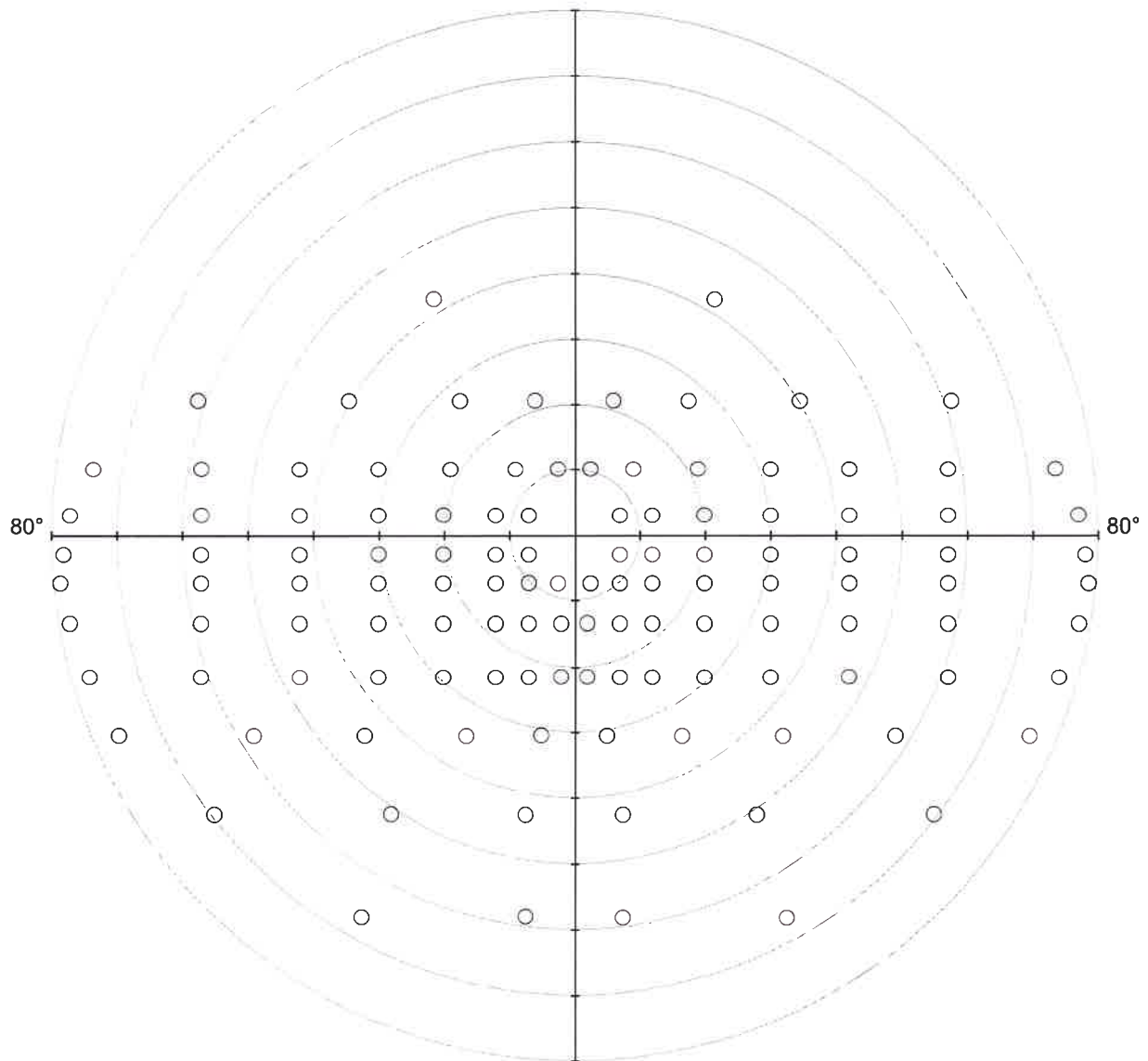
OU Valeur supraliminaire HFA

ET - Esterman

Contrôle de fixation: **Arrêt**
Cible de fixation: **Croix**
Pertes de fixation: **n/a**
Erreurs faux POS: **0/6**
Erreurs faux NÉG: **0/5**
Durée du test: **03:26**

Stimulus: **B/B, III, Blanc**
Fond: **31.4 asb**
Stratégie: **1LT-ET**
Diamètre de la pupille: **Non mesuré**
Acuité visuelle:
Rx:

Date: **11/02/2022**
Heure: **11:19**
Âge: **21**



Score Esterman: **100**
○ Point vu: **120/120**
■ Point non vu: **0/120**
△ Tache aveugle

Commentaires

Signature

OCTOPUS 900

SN: 6363
4.4.1

EyeSuite i9.6.3.0
Norm value table: T215 V1.0 (2019-04-29)
11/02/2022, Page 1/1

HS HAAG-STREIT
DIAGNOSTICS

NOM :

DAKAR

Date de naissance (JJ/MM/AAAA):

23/10/2000

Prénoms :

Lieu de naissance:

DAKAR

Pays de naissance:

SENEGAL

ATCD médico-psychologiques connus: sur le plan personnel depuis l'enfance: oui ☐ non ☒

commentaires:

sur le plan familial (parents, fratrie, oncles, tantes, grands-parents, cousins: oui ☐ non ☒

commentaires:

traitements / psychotropes: passé(s) et actuel(s)?: oui ☐ non ☒

psychothérapie ou suivi psychologique en cours? oui ☐ non ☒

dernière ordonnance?

présentation générale / contact adapté oui ☒ non ☐

symptômes cognitifs? oui ☐ non ☐

symptômes psychotiques? oui ☐ non ☐

troubles de l'humeur? oui ☐ non ☐

troubles anxieux? oui ☐ non ☐

trouble des conduites? oui ☐ non ☐

troubles des conduites alimentaires: oui ☐ non ☒ IMC?

tests sanguins:	NFS	GGT	ASAT	ALAT	EAL	CDT
Nle	☒	☒	☒	☒	☒	☐
aNle	☐	☐	☐	☐	☐	☐

tests urinaires: cannabis (seuil THC > 50 ng/ml) positif ☐ négatif ☐ cocaïne (seuil > 300 ng/ml) positif ☐ négatif ☐ autre?:

signes d'appel à l'examen somatique: oui ☐ non ☒

évaluation de la motivation aéronautique, du désir de devenir pilote professionnel?:

très motivée bien structurée

expérience aéronautique (heures de vol)?

autre / commentaires:

Nom, date et signature du médecin examinateur

Conclusion: ☒ - absence d'antécédent, d'anomalie décelable, motivation adaptée, etc...

- ou bien:

☐ - renvoi au pôle

☐ - bilan avec un psychiatre ou un psychologue clinicien au fait du milieu aéronautique (ayant bénéficié d'une formation agréée par la DGAC)

☐ - CAT à discuter en staff.

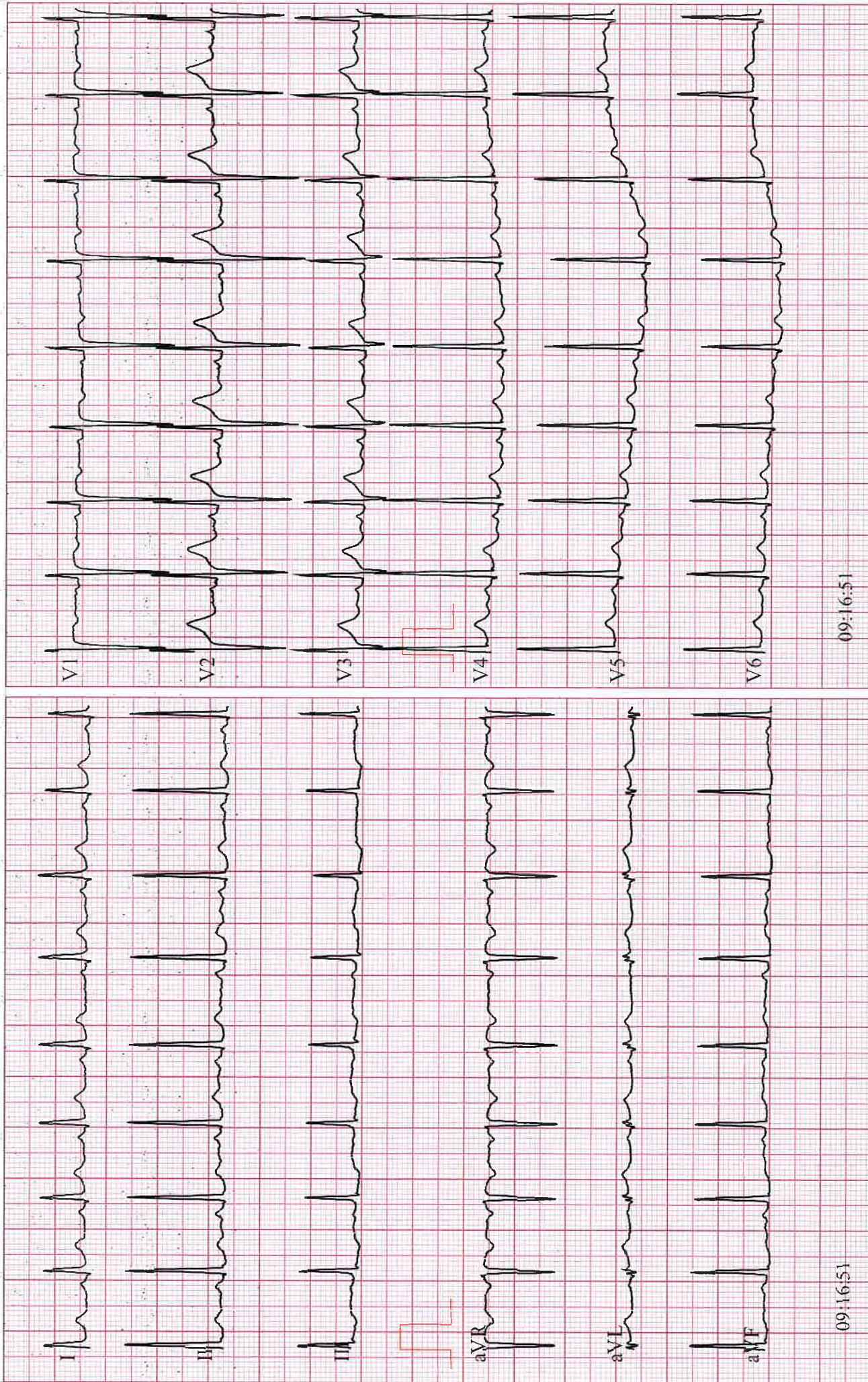
☐ - autre:

Nom:

date:

Signature:

Dr J.-Y. LAFAILLE
Médecine générale
CEMA TB-F-05



Echelle de temps: 25 mm/s Amplitude: 10 mm/mV

Filtres: 0.25/35/50 Hz

HR=96/min P=92ms PR=122ms QRS=86 ms QT=322ms QTc=407ms

P 34° QRS 61° T 12°

M-TracePC Base ver:3.21



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 N° 0120420005 - 00 reçu le 09.02.2022 à 11:17

Prélevé le 11.02.2022 à 11:17

Edité le 11.02.2022 à 09:52

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	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 flux)

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	427,0	G/L	N: 150,0 à 400,0
---------------------------	-------	-----	------------------

Compte-rendu d'examens biologiques de:**Mme SALL AMINATA**

Né(e) le 23.10.2000

Dossier N° 0120420005 00 du 11.02.2022 à 11:17

prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE

transmis par CEMPN - CEMA

BIOCHIMIE (sang)

Intervalle de référence

Antécédents

GLYCEMIE

(Colorimétrie, cobas)

soit

0,86

g/l

N: 0,70 - 1,10

4,77

mmol/l

N: 3,89 - 6,12

Remarque : chez une femme enceinte, une glycémie supérieure ou égale à 0,92 g/l au 1er trimestre évoque un diabète gestationnel.

CREATININE

(Méthode enzymatique, Cobas)

soit

54

μmol/l

N: 45 - 84

6

mg/l

N: 5 - 9

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

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)	Interprétation
1	> ou = 90	Débit de filtration glomérulaire normal
2	60 - 89	Débit de filtration glomérulaire légèrement diminué
3A	45 - 59	Insuffisance rénale modérée
3B	30 - 44	Insuffisance rénale modérée
4	15 - 29	Insuffisance rénale sévère
5	< 15	Insuffisance rénale terminale

ACIDE URIQUE

(Colorimétrie enzymatique, Cobas)

soit

46

mg/l

N: 24 - 57

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

g/l

N: Inf. à 1,98

0,49

mmol/l

N: Inf. à 2,26

CHOLESTEROL TOTAL

(Colorimétrie enzymatique, Cobas)

soit

1,85

g/l

N: 1,00 - 2,20

4,79

mmol/l

N: 2,59 - 5,70

TRANSAMINASE G.O.

(Colorimétrie IFCC, Cobas)

19

U/l

N: 10 - 35

TRANSAMINASE G.P.

(Colorimétrie IFCC, Cobas)

11

U/l

N: 10 - 35

G.G.T

(Colorimétrie enzymatique, Cobas)

26

U/l

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 CEMPEN - 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 www.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 sous-traitant joint en annexe."*

**** Fin de compte rendu ****

Ludovic MERIOT

Biologiste médical

REPUBLIC OF SENEGAL



PASSEPORT
Passport

A 03010999

Ce passeport contient 32 pages
This passport contains 32 pages

Passeport /
Passport

Type / Type	Code du pays / Country code	N° Passeport / Passport No
P	SEN	A03010999

Nom / Name
SALL

Prénom / Given Names

AMINATA

Nationalité / Nationality

SENEGALAISE

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

Sexe / Sex **F** Lieu de naissance / Place of birth **DAKAR**

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

Date d'expiration / Date of expiry
25 JAN / JAN 2027

N° Passeport / ~~Passport~~ No
A03010999

N° personnel: *Personnel No.*
2870200002306

MINT/DGPN/DPETV

Signature du titulaire / Holder's signature

P<SENSALL<<AMINATA<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<
A030I09995SEN0010230F27012532870200002306<66

I	Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence FRANCE
III	Numéro de certificat / Certificate number
IV	Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder SALL AMINATA
XIV	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) (Y) / Date of birth (DD/MM/YYYY) 23/10/2000 - DAKAR
VI	Nationalité / Nationality SN (SENEGAL)
VII	Signature du titulaire / Signature of holder 

II	Certificat médical de Classe 1 Class 1 medical certificate
IX	Date d'expiration du certificat médical pour (JJ/MM/AAAA) / Expiry date of this certificate for (DD/MM/YYYY) 11 / 02 / 2023
	Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers 11 / 02 / 2023
	Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations 11 / 02 / 2023
	Classe 2 / Class 2 11 / 02 / 2027
	LAPL / LAPL 11 / 02 / 2027

Date de l'examen médical / Date of medical examination 11 / 02 / 2022	Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram 11/02/2022
Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram 11/02/2022	

XIII Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description	X Date de délivrance / Date of issue 11 / 02 / 2022
Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor  Dr. Pierre JOURDAN XI Cachet / Stamp Dr P. JOURDAN Médecin chef Fra - AeMC - 05	

MED.A.020 Diminution de l'aptitude médicale

a) Les titulaires de licence n'exercent à aucun moment les privilèges de leur licence et des qualifications ou certificats qui y sont liés s'ils :

- 1) ont connaissance d'une quelconque diminution de leur aptitude médicale susceptible de les rendre incapables d'exercer ces privilèges en toute sécurité ;
- 2) prennent ou utilisent des médicaments prescrits ou non prescrits qui sont susceptibles d'influer sur l'exercice en toute sécurité des privilèges de la licence en question ;
- 3) reçoivent tout traitement médical, chirurgical ou autre susceptible d'influer sur la sécurité des vols.

b) En outre, les titulaires de licence s'achètent d'obtenir, sans retard indu, un avis aéromédical :

- 1) s'ils ont subi une opération chirurgicale ou une procédure invasive ;
- 2) s'ils ont entamé la prise régulière d'un médicament ;
- 3) s'ils souffrent de toute blessure importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
- 4) s'ils souffrent d'une maladie importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
- 5) en cas de grossesse ;
- 6) s'ils ont été admis dans un hôpital ou une clinique médicale ;
- 7) s'ils ont besoin de verres correcteurs pour la première fois.

MED.A.020 Decrease in medical fitness

a) Licence holders shall not exercise the privileges of their licence and related ratings or certificates at any time when they :

- 1) are aware of any decrease in their medical fitness which might render them unable to safely exercise those privileges ;
- 2) take or use any prescribed or non-prescribed medication which is likely to interfere with the safe exercise of the privileges of the applicable licence ;
- 3) receive any medical, surgical or other treatment that is likely to interfere with flight safety.

b) In addition, licence holders shall, without undue delay, seek aero-medical advice when they :

- 1) have undergone a surgical operation or invasive procedure ;
- 2) have commenced the regular use of any medication ;
- 3) have suffered any significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew ;
- 4) have been suffering from any significant illness involving incapacity to function as a member of the flight crew ;
- 5) are pregnant ;
- 6) have been admitted to hospital or medical clinic ;
- 7) first require correcting lenses.



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
DIRECTION GÉNÉRALE
DE L'AVIATION CIVILE
CIVIL AVIATION ADMINISTRATION - FRANCE

CERTIFICAT MÉDICAL

Medical certificate

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

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

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