

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 : DIOP		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☒ Classe 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA ☐	
(5) Prénom(s) : CHEIKH ANTA		(4) Nom de naissance	
(6) Date de naissance 30/10/1997		(7) Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐	
(8) Lieu et pays de naissance : DAKAR, SENEGAL		(9) Nationalité : SENEGALAISE	
(10) Adresse permanente : YEUNBEUL, DAKAR Pays : SENEGAL N° de téléphone : 786308878 Courriel : cheikhanta.diop3@gmail.com		(11) Adresse postale : (si différente) Pays : N° de téléphone :	
(12) Genre sollicité ☐ initial ☒ renouvellement/prorogation		(14) Type de licence désirée : Pilote de ligne	
(15) Profession (principale) : Élève Pilote		(16) Employeur : AIR SENEGAL S.A	
(17) Dernier examen médical : Date : 07/06/2023 Lieu : AMS, DAKAR		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ☒ Oui ☐ détails :	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéroté de licence Pays de délivrance		(21) Nombre total d'heures de vol : 45H 43mn	
		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 41H 43mn	
(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 :		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : Monomoteur à piston	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu :		(25) Type de vol envisagé : Vol d'instruction	
(26) Consommez vous de l'alcool ? Non ☒ Oui ☐ consommation journalière unités		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☒ Multiopilote ☐	
(27) Consommez vous du tabac ? Non jamais ☒ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt : Oui ☐ type et quantité :		(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	
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒
☐	☒	☐	☒				

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : DIOP		Prénoms : CHEIKH ANTA		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 30/10/1997			Lieu de naissance : DAKAR	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☒ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 182 cm	(203) Poids 73 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 139 Diastolique 87		(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 76 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 bucale, 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

EP. Cadet. an Sengal SA - 26 ans. Celib. œuf

**Tabac = 0
Alc = 0
Alf = 0
Sport = 3x/semaine**

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(229) (de loin à 5m/6m en dixième) Lunettes/Contact

Œil droit sans correction	07	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	09	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	09	Corrigée à	

(230) Vision Intermédiaire		sans correction		avec correction	
N14 lu à 100cm		Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	☒	☒	☐	☒	☐
Œil gauche	☒	☒	☐	☒	☐
Vision binoculaire	☒	☒	☐	☒	☐

(231) de près		sans correction		avec correction	
N5 lu à 30 - 50cm		Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	☒	☒	☐	☒	☐
Œil gauche	☒	☒	☐	☒	☐
Vision binoculaire	☒	☒	☐	☒	☐

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

(313) Perception des couleurs	Normale ☐	Anormale ☐
Tables pseudo-isochromatiques	Type I S H I H A R A	
Nombre de tables présentées	29	Nombre d'erreurs

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

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

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

(248) Commentaires, limitations :

(229) Surveillance AV.

(235) Analyse d'urine	Normale ☒	Anormale ☐
Glucose	0	Protéines
Sang	0	Autres

Rapports annexés	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	☒	04-06-24	☒	☐
(239) Audiogramme	☒	04-06-24	☒	☐
(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 :	Nom :
Apti	Dr Patrick CORREA
	Signature :
	Médecin Aeronautique
	SN-MED-004
	DGAC N°3857 - 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 :	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé :	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature :
et lieu :	Fax :	Número d'AME :
04-06-24	Dr Patrick CORREA	Dr Patrick CORREA
	3, Av. des Ambassades	Médecin Aeronautique
	DAKAR SENEGAL	SN-MED-004
		DGAC N°3857 - FAA-00773