

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 : SAMB		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☒ Classe 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA ☐	
(5) Prénom(s) : BABACAR		(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité ☐ initial ☒ renouvellement/prorogation
(6) Date de naissance 2010/09/10/1996		(7) Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐	(14) Type de licence désirée : PILOTE DELIGNE
(8) Lieu et pays de naissance : FATICK, SENEGAL		(9) Nationalité : SENEGALAISE	(15) Profession (principale) : ELEVE PILOTE
(10) Adresse permanente : 244, DJIDAH 2, PIKINE Pays : SENEGAL N° de téléphone : 77 80656 99 Courriel : SAMBBABACAR66@GMAIL.COM		(11) Adresse postale : (si différente) Pays : N° de téléphone :	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéro de licence Pays de délivrance		(16) Employeur : AIR SENEGAL SA	
		(17) Dernier examen médical : Date : 11/02/2022 Lieu : TOULOUSE, CEMPN	
		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ☒ Oui ☐ détails :	
		(21) Nombre total d'heures de vol : 05	(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 00
(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 : Détails : Lieu:		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : MONOMOTEUR A PISTON	
		(25) Type de vol envisagé : VOLS D'INSTRUCTION	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☒ Oui ☐ Date : Détails : Lieu:		(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:	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non ☒ Oui ☐ consommation journalière unités			
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais ☒ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt : Oui ☐ type et quantité :			

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	
☐	☒	☐	☒	☐	☒	(170) Affection cardiaque	☐
☐	☒	☐	☒	☐	☒	(171) Hypertension artérielle	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	(172) Taux élevé de cholestérol	☐
☐	☒	☐	☒	☐	☒	(173) Epilepsie	☐
☐	☒	☐	☒	☐	☒	(174) Maladie mentale/suicide	☐
☐	☒	☐	☒	☐	☒	(175) Diabète	☒
☐	☒	☐	☒	☐	☒	(176) Tuberculose	☐
☐	☒	☐	☒	☐	☒	(177) Allergie/asthme/eczéma	☐
☐	☒	☐	☒	☐	☒	(178) Maladie héréditaire	☐
☐	☒	☐	☒	☐	☒	(179) Glaucome	☐
☐	☒	☐	☒	☐	☒	A remplir uniquement pour les femmes	
☐	☒	☐	☒	☐	☒	(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	☐
☐	☒	☐	☒	☐	☒	(151) Etes-vous enceinte ?	☐

(30) Remarques :

(122) ANEMIE EN 2014, (123) PALUDISME EN 2010, (171) GRAND-MERE MATER NELE ET MERE, (175) MERE

(31) Déclaration : Je soussigné(e), déclare avoir répondu de façon sincère aux questions qui m'ont été posées lors du présent examen et ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé autres que ceux que j'ai signalés. Je comprends qu'en cas de fausse déclaration ou erreur, l'autorité de licence peut me retirer tout certificat médical déjà accordé ou refuser de me fournir un nouveau certificat médical, sans préjudice de toute autre action applicable en vertu du droit national. CONSENTEMENT A LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MEDICALES : En cas de nécessité, j'autorise la transmission de ce rapport et de ses annexes, dans le respect du secret médical, au médecin évaluateur de l'autorité compétente de mon AME ainsi qu'aux professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une évaluation médico-aérienne ou dans le cadre d'un recours. En reconnaissant que ces documents ou données stockées électroniquement doivent être utilisés pour compléter une évaluation médicale et deviendront et resteront la propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès conformément à la législation nationale. Le secret médical sera respecté à tout moment. NOTIFICATION DE DIVULGATION DE DONNEES PERSONNELLES: Je déclare par la présente que j'ai été informé et que je comprends que les données contenues dans mon certificat médical selon l'ARA-MED.130 peuvent être stockées électroniquement et mis à la disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MED.A.035 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assessseurs médicaux des autorités compétentes des Etats membres pour le maintien de l'application de l'ARA-MED.130 (c) (4).

Date : **07/06/2023**

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur
Dr Patrick CORREA
Médecin Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N° 3857 - FAA-00773

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : SAMB		Prénoms : BABACAR		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 20/09/1996		Lieu de naissance : FATICK	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 181 cm	(203) Poids 70 kg	(204) Yeux couleur Neui	(205) Cheveux couleur Neui	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 140 Diastolique 90	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 81 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 Caulet An Seryul. 26 ans. Nourie. acc/f.

**Tcheu =
Alc =
III =
Spent = 2 x rem**

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)
(229) (de loin à (5m/6m en dixième) Lunettes/Contact

Ceil droit sans correction	10	Corrigée à	
Ceil gauche sans correction	10	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à	

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

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

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

(313) Perception des couleurs		Normale ☐	Anormale ☐
Tables pseudo-isochromatiques		Type I S H I H A R A	
Nombre de tables présentées 20		Nombre d'erreurs 0	

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

(248) Commentaires, limitations :

(235) Analyse d'urine Normale ☐ Anormale ☐

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
Rapports annexés		Non réalisé	Date	normal
(238) ECG	☐	☒	07-06-2023	☐
(239) Audiogramme	☐	☐		☐
(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 :
Apte	Signature :

(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 : 07-06-2023	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : Patrick CORREA	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature :
et lieu : 07-06-2023	Fax : 3, Av. des Ambassades	Numéro d'AME : 03857 - FAA-00773
	Telephone : DAKAR SENEGAL	

I	Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence
III	Numéro de certificat / Certificate number
IV	Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder
XIV	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)
VI	Nationalité / Nationality
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)
	Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations Classe 2 / Class 2 LAPL / LAPL

XIII	Limitations / Limitations
	Date de délivrance / Date of issue Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor XI Cachet / Stamp

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