

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 : THIAM		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☒ Classe 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA ☐	
(5) Prénom(s) : NDEYE RACKY		(4) Nom de naissance	
(6) Date de naissance 26/02/2001		(7) Sexe : Masculin ☐ Féminin ☒	
(8) Lieu et pays de naissance : DAKAR SENEGAL		(12) Genre sollicité ☐ initial ☒ renouvellement/prorogation	
(10) Adresse permanente : GRAND YOFF TAIBA2 NUMERO 133 Pays : SENEGAL N° de téléphone : +221 0505 100 Courriel : NDEYERACKYTHIAM@ESP.SN		(14) Type de licence désirée : PILOTE DE LIGNE	
(11) Adresse postale : (si différente)		(15) Profession (principale) : ELEVE PILOTE	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéro de licence Pays de délivrance		(16) Employeur : AIR SENEGAL SA	
		(17) Dernier examen médical: Date : 07/06/2023 Lieu : AMS, DAKAR, SENEGAL	
		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ☐ Oui ☒ détails : VDL	
		(21) Nombre total d'heures de vol : 41H	
		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 37H	
(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 A PISTON	
Détails :		(25) Type de vol envisagé : VOL D'INSTRUCTION	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu :		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☒ Multiplane ☐	
Détails :		(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
(101) Maladie ou opération oculaire	☐	☒	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	☐	☒	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	☒	☐	Antécédents familiaux		
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	☒	☐	(113) Traumatismes crâniens ou commotion	☐	☒	(124) Test VIH positif	☐	☒	(170) Affection cardiaque	☐	☒
			(114) Maux de tête fréquents ou graves	☐	☒	(125) Maladie sexuellement transmissible	☐	☒	(171) Hypertension artérielle	☐	☒
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	☐	☒	(115) Accès de vertige/évanouissement	☐	☒	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	☐	☒	(172) Taux élevé de cholestérol	☐	☒
(104) Allergie ou rhume des foins	☐	☒	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	☐	☒	(127) Maladie musculaire ou squelettique	☐	☒	(173) Epilepsie	☐	☒
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	☐	☒	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	☐	☒	(128) Toute autre maladie ou blessure	☐	☒	(174) Maladie mentale/suicide	☐	☒
									(175) Diabète	☐	☒
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	☐	☒	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	☐	☒	(129) Hospitalisation	☐	☒	(176) Tuberculose	☐	☒
(107) Tension artérielle élevée ou basse	☐	☒	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	☐	☒	(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	☐	☒	(177) Allergie/asthme/cczéma	☐	☒
									(178) Maladie héréditaire	☐	☒
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	☐	☒	(120) Tentative de suicide ou automutilation	☐	☒	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	☐	☒	(179) Glaucome	☐	☒
(109) Diabète ou désordre hormonal	☐	☒									
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	☐	☒	(121) Mal des transports nécessitant médication	☐	☒	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	☐	☒	A remplir uniquement pour les femmes		
									(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	☐	☒
(111) Surdité ou maladie des oreilles	☐	☒	(122) Anémie/Trait dr��panocytair��/autres maladies sanguines	☐	☒	(133) Exempt�� ou réformé du service national pour motif médical	☐	☒	(151) Etes-vous enceinte ?	☐	☒
						(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	☐	☒			

(30) Remarques :

(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 À LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MÉDICALES : 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 AMI ainsi qu'aux professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une évaluation aéro médicale ou dans le cadre d'un recours. Je reconnais 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 mon-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 DONNÉES 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'ARAMED 130 peuvent être stockées électroniquement et mises à disposition de mon AMI afin de fournir les données historiques requises dans le MED A 035 (b) (2) (i) / (iii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des États membres afin de faciliter l'application de l'ARAMED 150 (c) (4).

Date : _____

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

du médecin examinateur :

Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
pour demande de certificat médical DU DISCOURS DU 03.09.2019
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 : **THIAM** Prénoms : **NDEYE RACKY** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **26/02/2001**
Lieu de naissance : **DAKAR, SENEGAL**

(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☒ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 173 cm	(203) Poids 74 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 118 Diastolique 79	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 75 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
E.P. Cadet An Senegal. 8A. 23 ans. Cédit ouft
Tchadec = 0. Le = 0. Spant = 0. Adt = 0.

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

Ceil droit sans correction	Corrigée à 05
Ceil gauche sans correction	Corrigée à 10
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à 10

(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 ☐ Type : Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter

(313) **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 réalisés) Oreille droite Oreille gauche
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur

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) Normal ☐ Anormal ☐ Normal ☒ Anormal ☐

(248) **Commentaires, limitations :**
VDL. R20 3ans.
Apte classe 1 - 07-06-2024

(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 : et lieu : 04-06-2024	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : Patrick CORREA Médecine Aeronautique SN-MED-004 DGAC N°2257 - FAA 80372 Réf Rapport examen médical 03.09.2019
---	---	---

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

Rapports annexés

Rapports annexés	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	☐	04-06-2024	☒	☐
(239) Audiogramme	☐	04-06-2024	☒	☐
(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 : **Apte** Nom : **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** ☐ **LARL** ☐ **PNC/CCA** ☐