

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

(1) Pays de délivrance de licence :		(13) N° référence:	
(3) Nom : BA		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☒ Classe 2 ☒ LAPL ☒ PNC/CCA ☐	
(5) Prénom(s) : SERIGNE CHEIKH		(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité ☐ initial ☒ Renouvellement/prorogation
(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 19/02/1993		(7) Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐	(14) Type de licence désirée : ATPL
(8) Lieu et pays de naissance : MBACKE / SENEGAL		(9) Nationalité : SENEGALAISE	(15) Profession (principale) : Elève Pilote Cadet
(10) Adresse permanente : MEDINA RUE 06x09		(11) Adresse postale : (si différente)	(16) Employeur : AIR SENEGAL
Pays : SENEGAL N° de téléphone : 776999116 Courriel : sccheikh30@gmail.com		(17) Dernier examen médical : Date : 13/06/23 Lieu : AMS	(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 :	(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :
(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) :	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu :		(25) Type de vol envisagé :	
(27) Consommez-vous de l'alcool ? Non ☒ Oui ☐ consommation journalière unités		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☐ Multiopilote ☐	
(29) 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
☐	☒	(101) Maladie ou opération oculaire	☐	☒	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	☐	☒
☐	☒	(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	☐	☒	(113) Traumatismes crâniens ou commotion	☐	☒
☐	☒	(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	☐	☒	(114) Maux de tête fréquents ou graves	☐	☒
☐	☒	(104) Allergie ou rhume des foies	☐	☒	(115) Accès de vertige/évanouissement	☐	☒
☐	☒	(105) Asthme ou maladie pulmonaire	☐	☒	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	☐	☒
☐	☒	(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	☐	☒	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	☐	☒
☐	☒	(107) Tension artérielle élevée ou basse	☐	☒	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	☐	☒
☐	☒	(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	☐	☒	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	☐	☒
☐	☒	(109) Diabète ou désordre hormonal	☐	☒	(120) Tentative de suicide ou automutilation	☐	☒
☐	☒	(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	☐	☒	(121) Mal des transports nécessitant médication	☐	☒
☐	☒	(111) Surdité ou maladie des oreilles	☐	☒	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	☐	☒
☐	☒	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	☐	☒	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	☐	☒
☐	☒	(113) Traumatismes crâniens ou commotion	☐	☒	(124) Test VIH positif	☐	☒
☐	☒	(114) Maux de tête fréquents ou graves	☐	☒	(125) Maladie sexuellement transmissible	☐	☒
☐	☒	(115) Accès de vertige/évanouissement	☐	☒	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	☐	☒
☐	☒	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	☐	☒	(127) Maladie musculaire ou squelettique	☐	☒
☐	☒	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	☐	☒	(128) Toute autre maladie ou blessure	☐	☒
☐	☒	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	☐	☒	(129) Hospitalisation	☐	☒
☐	☒	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	☐	☒	(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	☐	☒
☐	☒	(120) Tentative de suicide ou automutilation	☐	☒	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	☐	☒
☐	☒	(121) Mal des transports nécessitant médication	☐	☒	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	☐	☒
☐	☒	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	☐	☒	(133) Exempt� ou réformé du service national pour motif médical	☐	☒
☐	☒	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	☐	☒	(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	☐	☒
☐	☒	(124) Test VIH positif	☐	☒	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 :

(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   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 AME ainsi qu'aux professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une évaluation médicale 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 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'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 assesseurs médicaux des autorités compétentes des  tats membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date : **12/06/23**

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

Dr Patrick COHEN
Médecin Aéronautique
SN-MED-234
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 : BA

Prénoms : SERIGNE CHEIKH

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 19/01/93

Lieu de naissance : MBACKE

(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☒ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 190 cm	(203) Poids 84 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 118 Diastolique 69	(207) Pouls au repos 45	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. A. n. Leunguel. 32 ans. Cœur & eufr.

Talbac =
Auc = 0
TF = 0
Spant. quodtueh

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

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

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	
	Oui	Non	Oui	Non
N14 lu à 100cm				
Ceil droit	☒	☐	☐	☐
Ceil gauche	☒	☐	☐	☐
Vision binoculaire	☒	☐	☐	☐

(231) de près

	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
N5 lu à 30 - 50cm				
Ceil droit	☒	☐	☐	☐
Ceil gauche	☒	☐	☐	☐
Vision binoculaire	☒	☐	☐	☐

(232) Lunettes

Oui ☐	Non ☒
Type :	
Réfraction	Sph
Ceil droit	
Ceil gauche	

(233) Lentilles de contact

Oui ☐	Non ☐
Type :	
Cylindre	Axe
Ajouter	

(313) Perception des couleurs

Tables pseudo-isochromatiques	Normale ☐	Anormale ☐
Nombre de tables présentées	20	
Nombre d'erreurs	0	

(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'examineur	Oui ☒	Oui ☒
	Non ☐	Non ☐

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire

VEMS/CV	%	Peak Flow	(l/min)
Normal ☐	Anormal ☐	Normal ☐	Anormal ☐

(237) Hémoglobine

	(g/dl)
Normal ☒	Anormal ☐

(248) Commentaires, limitations :

237 = 774D et contrôle Aménité dans 1 mois.

Apte classe 1 → 19-06-2026.

(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 : 19-06-2026	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : Dr Patrick CORREA Médecin Aéronautique SN-MED-004 DGAC N° 3857 - FAA-00773
----------------------------	---	--