

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 : DIAXHATE		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☒ Classe 2 ☒ LAPL ☐ PNC/CCA ☐	
(5) Prénom(s) : Pape Raoul		(4) Nom de naissance : DIAXHATE	
(8) Lieu et pays de naissance : MBOUR, SENEGAL		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 12/06/2023	
(10) Adresse permanente : Villa 1052, Santhie, MBOUR		(7) Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐	
(11) Adresse postale : (si différente)		(12) Genre sollicité ☐ initial ☒ renouvellement/prorogation	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types		(14) Type de licence désirée :	
(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ☒ Oui ☐ détails :		(15) Profession (principale) : Éditeur pilote cadet	
(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 :		(16) Employeur : AIR SENEGAL S.A	
(21) Nombre total d'heures de vol :		(17) Dernier examen médical : Date : 12/06/2023 Lieu : AMS, DAKAR	
(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :		(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 :	
(26) Consommez-vous de l'alcool ? Non ☒ Oui ☐ consommation journalière unités		(27) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☐ Multipilote ☐	
(28) 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	☐	☒	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	☒
(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	☐
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	☐	☒	(114) Maux de tête fréquents ou graves	☐	☒	(125) Maladie sexuellement transmissible	☐
(104) Allergie ou rhume des foies	☐	☒	(115) Accès de vertige/évanouissement	☐	☒	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	☐
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	☐	☒	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	☐	☒	(127) Maladie musculaire ou squelettique	☐
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	☐	☒	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	☐	☒	(128) Toute autre maladie ou blessure	☐
(107) Tension artérielle élevée ou basse	☐	☒	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	☐	☒	(129) Hospitalisation	☐
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	☐	☒	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	☐	☒	(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	☐
(109) Diabète ou désordre hormonal	☐	☒	(120) Tentative de suicide ou automutilation	☐	☒	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	☐
(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	☐
(111) Surdité ou maladie des oreilles	☐	☒	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	☐	☒	(133) Exempt� ou réformé du service national pour motif médical	☐
				(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie			

(30) Remarques :

(31) Déclaration : Je soussigné(e), déclare avoir répondu de façon s c re 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 d j 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 aéro 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 :

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

12/06/2025

[Signature]

Dr Patrick *[Signature]*
Médecin Aéronautique
DGAC N 3857 - PAA-004

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : **DIAXHATE** Prénoms : **Pape Raoul** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **12/07/1999**
Lieu de naissance : **MBOUR**

(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☒ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 172cm	(203) Poids 72 kg	(204) Yeux couleur Neau	(205) Cheveux couleur Neau	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 128 Diastolique 74	(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 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 Seryael. SA., natam. singulier canno. etefant parent. 25ans. bilab. oclt. Spat. 2x12cm. Tabac = 0. Alcu = 0. IIT = 0.

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

Œil droit sans correction	Corrigée à 9
Œil gauche sans correction	Corrigée à 9
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à 10

(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
Œil droit	Axe
Œil gauche	Ajouter

(313) Perception des couleurs Normale ☐ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques Type I S H I H A R A **0**

Nombre de tables présentées **20** Nombre d'erreurs

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)
(si 239/241 non réalisé)

Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	Oui ☒ Non ☐	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)	23,2 (g/dl)
Normal ☐ Anormal ☐		Normal ☐ Anormal ☐		Normal ☒ Anormal ☐

(248) Commentaires, limitations : **VDL.**

Apté 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 : **19-06-25**

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**
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N° 3857 - FAA-00773

Numéro d'AME : **19-06-2026**