

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:	
		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input type="checkbox"/> Classe 2 <input checked="" type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input checked="" type="checkbox"/>	
(3) Nom : <i>Gaye</i>		(4) Nom de naissance	
(5) Prénom(s) : <i>Néne Sabara</i>		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) <i>23/02/98</i> (7) Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input checked="" type="checkbox"/>	
(8) Lieu et pays de naissance : <i>Dakar Sénégal</i>		(9) Nationalité : <i>Sénégalaise</i>	
(10) Adresse permanente : <i>Sacré Coeur</i> Pays : <i>Sénégal</i> N° de téléphone : <i>984210442</i> Courriel :		(11) Adresse postale : (si différente) Pays : N° de téléphone :	
(18) Licence(s) de vol possédée(s)		Numéro de licence	Pays de délivrance
types			
(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 <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Détails :		(21) Nombre total d'heures de vol :	
		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Détails :		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :	
		(25) Type de vol envisagé :	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input type="checkbox"/>	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt : Oui <input type="checkbox"/> type et quantité :		(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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		Antécédents familiaux	
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact		(113) Traumatismes crânien ou commotion		(124) Test VIH positif		(170) Affection cardiaque <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
		(114) Maux de tête fréquents ou graves		(125) Maladie sexuellement transmissible		(171) Hypertension artérielle <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
(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 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
(104) Allergie ou rhume des foins		(116) Perte de conscience quel que soit le motif		(127) Maladie musculaire ou squelettique		(173) Epilepsie <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
(105) Asthme ou maladie pulmonaire		(117) Affection neurologique : AVC, epilepsie, convulsions, paralysie, etc...		(128) Toute autre maladie ou blessure		(174) Maladie mentale/suicide <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux		(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature		(129) Hospitalisation		(175) Diabète <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
(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		(176) Tuberculose <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines		(120) Tentative de suicide ou automutilation		(131) Assurance vie refusée pour motif médical		(177) Allergie/asthme/eczéma <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
(109) Diabète ou désordre hormonal						(178) Maladie héréditaire <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins		(121) Mal des transports nécessitant médication		(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical		(179) Glaucome <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
(111) Surdité ou maladie des oreilles		(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines		(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie		A remplir uniquement pour les femmes	
						(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
						(151) Etes-vous enceinte ? <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	

(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 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 puise 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, ainsi de fournir les données historiques requises dans le MF.D.A.035 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date :

26/09/25

Signature du demandeur :

Gaye

Signature du médecin évaluateur :

Patrick Génain
Médecin évaluateur
SN-MED
DGAC N°3857 - XAA-00173

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL
(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)
POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : GAYE		Prénoms : NEVE SABARA		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 29/07/92	Lieu de naissance : DAKAR			
(201) Catégorie d'examen	(202) Taille	(203) Poids	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique	Diastolique	Pulsations (bpm)	Rythme
<input checked="" type="checkbox"/> Initial	178 cm	90 kg	Noir	Noir	117	78	84	<input type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> irrégulier

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal	normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input checked="" type="checkbox"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympan, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" type="checkbox"/>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input checked="" type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire

PNE Afin **Senegal** **SA**. **Douceur** **1** **sept.**, **légère** **anémie**.
Nat **anxiété**. **insomnie** **peur**.
Tobac **= 0**
Alcool **= 0**
111 **= 0**.
Sport **= 3x/sem**

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

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

(230) Vision Intermédiaire N14 lu à 100cm	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(231) de près N5 lu à 30 - 50cm	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(232) Lunettes	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input checked="" type="checkbox"/>	
	Oui	<input checked="" type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Type :	Type :			
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter
Œil droit				
Œil gauche				

(313) Perception des couleurs	Normale <input type="checkbox"/>		Anormale <input checked="" type="checkbox"/>	
	Tables pseudo-isochromatiques	80	Type I SHIHARA	0
Nombre de tables présentées	80	Nombre d'erreurs	0	

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis) (si 239/241 non réalisé)	Oreille droite	Oreille gauche				
	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>				
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur	Non <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>				
Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input checked="" type="checkbox"/>	
	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input checked="" type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input checked="" type="checkbox"/>
VEMS/CV	%	Peak Flow (l/min)	10,6 (g/dl)	
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input checked="" type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input checked="" type="checkbox"/>	
Gle = 0,56				

(248) Commentaires, limitations :	Avis :		Nom : Dr Patrick CORREA	
			Signature : SN-MED-004	Document N° DAAC N°3857 - FAA-00773

(247) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé	<input checked="" type="checkbox"/> APTE pour la classe:
	<input type="checkbox"/> certificat médical délivré par le soussigné (copie jointe) pour la classe:
	<input type="checkbox"/> INAPTE pour la classe :
	<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LAPL		
PNC/CCA		<input checked="" type="checkbox"/>

(249) Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé:	
	Fax:	DR PATRICK CORREA
et lieu:	Telephone:	AMBASSADES
29-09-2027	E-mail:	DAKAR SENEGAL

(249) Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature:	
	Numéro d'AME:	Dr Patrick CORREA SN-MED-004 DAAC N°3857 - FAA-00773

(249) Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé	Réf Rapport examen médical 03.09.2019	