

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

(1) Pays de délivrance de licence : PORTUGAL		(13) N° référence :	
(3) Nom : DIJOUT		(2) Certificat médical sollicité : Classe 1 ☐ Classe 2 ☒ LAPL ☐ PNC/CCA ☒	
(5) Prénom(s) : LOPHONSE ANDRE		(4) Nom de naissance	
(8) Lieu et pays de naissance : NAKAR		(12) Genre sollicité ☐ initial ☒ renouvellement/prorogation	
(10) Adresse permanente : IZADUNE Pêul ABIX		(6) Date de naissance : 24/10/1979	
(11) Adresse postale : (si différente)		(7) Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐	
(18) Licence(s) de vol possédée(s)		(14) Type de licence désirée :	
types : PNC Numéro de licence : HE 23 Pays de délivrance : PORTUGAL		(15) Profession (principale) : PNC	
(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 SA	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu :		(17) Dernier examen médical : Date : 24-03-2019 Lieu : PORTUGAL	
(27) Consommez-vous de l'alcool ? Non ☐ Oui ☒ consommation journalière unités		(19) Conditions, limitations du certificat médical : Non ☐ Oui ☐ détails :	
(29) Consommez-vous du tabac ? Non jamais ☒ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt : type et quantité :		(21) Nombre total d'heures de vol :	
		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :	
		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : A330 / A340	
		(25) Type de vol envisagé :	
		(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 :	

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	☐	☒	
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	☐	☒	(114) Maux de tête fréquents ou graves	☐	☒	(125) Maladie sexuellement transmissible	☐	☒	(171) Hypertension artérielle	☐	☒	
(104) Allergie ou rhume des foins	☒	☐	(115) Accès de vertige/évanouissement	☐	☒	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	☐	☒	(172) Taux élevé de cholestérol	☐	☒	
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	☐	☒	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	☐	☒	(127) Maladie musculaire ou squelettique	☐	☒	(173) Epilepsie	☐	☒	
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	☐	☒	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	☐	☒	(128) Toute autre maladie ou blessure	☒	☐	(174) Maladie mentale/suicide	☐	☒	
(107) Tension artérielle élevée ou basse	☐	☒	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	☐	☒	(129) Hospitalisation	☐	☒	(175) Diabète	☐	☒	
(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	☒	☐	(176) Tuberculose	☐	☒	
(109) Diabète ou désordre hormonal	☐	☒	(120) Tentative de suicide ou automutilation	☐	☒	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	☐	☒	(177) Allergie/asthme/eczéma	☐	☒	
(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	☐	☒	(178) Maladie héréditaire	☐	☒	
(111) Surdité ou maladie des oreilles	☐	☒	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	☐	☒	(133) Exempt� ou réformé du service national pour motif médical	☐	☒	(179) Glaucome	☐	☒	
(30) Remarques : 128 : 8 autres traitées 130 : 1 an bascul�e après 6h en cours de traitée												

(31) Declaration : 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 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 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 détente 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 MÉD.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 : **18/07/2025**

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

Dr Patrick CORREA
Médecin Aéronautique
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 : **LIOUT** Prénoms : **ALPHONSE ANDRE** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **21-01-1979**
Lieu de naissance : **DAKAR**

(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 1.78 cm	(203) Poids 79 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur NOIR	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 121 Diastolique 95	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 65 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

223 : PNC Bénin Sénégal 8A, libérés mardi 2E.
MTCO gauche, Allergie courtoise, Puh VC
(223) les lésions cutanées G de cours de trait (Pregab 75,
NucleoCAP 500, Arcoxia 120, laumaline, l'acétaminophène)
Tolbac = 0
Akool = 0405500
Sph = 4

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	5/10
Œil gauche sans correction	Corrigée à	5/10
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	5/10

(230) Vision Intermédiaire

N14 lu à 100cm	sans correction	avec correction
Œil droit	☒	☐
Œil gauche	☒	☐
Vision binoculaire	☒	☐

(231) de près

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

(232) Lunettes

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

(313) Perception des couleurs

Tables pseudo-isochromatiques	Normale ☐ Anormale ☐
Nombre de tables présentées 20	Type I S H I H A R A
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 ☒ Non ☐	Oui ☒ Non ☐

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire

VEMS/CV	%	Peak Flow	(l/min)	(237) Hémoglobine	(g/dl)
Normal ☐ Anormal ☐		Normal ☐ Anormal ☐		Normal ☒ Anormal ☐	

(235) Analyse d'urine

Glucose ☐	Protéines ☐	Sang ☐	Autres ☐
----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	☐	18/07/25	☒	☐
(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 : **ok** Nom : **Dr Patrick CORREA**
Signature : **Dr Patrick CORREA**
Médecin Aéronautique
SN-MED-004

(247) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

☐ APTÉ 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 : **orthopédiste**
le motif : **Lombalgie**
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
☐	☐	☐	☐	☐

(248) Commentaires, limitations :

CR orthopédiste = compatible avec date de début bonne vue RV 1 an.
Apté PNC → 18-07-2026 Apté TNL 1 an.

(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 : **20-08-2025** Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : **Dr Patrick CORREA**
et lieu : **3, Av. des Ambassadeurs DAKAR SENEGAL**
Signature : **Dr Patrick CORREA**
Numéro d'AME : **SN-MED-004**



PAYS DE DELIVRANCE/STATE OF ISSUE : France
Direction Générale de l'Aviation Civile - French CAA

**RAPPORT MEDICAL DE MEMBRE D'EQUIPAGE DE CABINE pour le Candidat /
titulaire d'une ATTESTATION de MEMBRE d'EQUIPAGE de CABINE (CCA)
CABIN CREW MEDICAL REPORT for Applicant / holder of a CABIN CREW
ATTESTATION (CCA)**

(I) Etat dans lequel l'examen médical du candidat/titulaire du CCA a été réalisé (The state where the aero-medical assessment of the CCA applicant /holder was conducted):

SENEGAL

(III) Numéro de référence de l'attestation de MEMBRE d'EQUIPAGE de CABINE (Cabin crew attestation reference number (CCA)):

HC 23

(IV) Nom et prénom du candidat/titulaire du CCA (Last and first name of the CCA applicant /holder):

DIOUF ALPHONSE ANDRE

(XIV) Date de naissance du candidat/titulaire du CCA (jj/mm/aaaa) :
(Date of birth of the CCA applicant/holder (dd/mm/yyyy)):

21/01/1979

(VI) : Nationalité du candidat/titulaire du CCA:
(Nationality of the CCA applicant/holder):

SENEGALAISE

(VII) : Signature du candidat/titulaire du CCA:
(Signature of the CCA applicant/holder):

(II) Résultat de l'évaluation aéro-médicale:

(Aero-medical assessment result):

APTE / FIT ☒

INAPTE / UNFIT ☐

(XII) Restriction(s) si applicable (Limitation(s) if applicable):

Code(s)/Code(s): Description(s)/Description(s):

- VDL

-

-

Date de fin de validité du précédent rapport médical (CCA) (jj/mm/aaaa):
(Expiry date of the previous cabin crew medical report (dd/mm/yyyy)):

29/03/19

Date de l'examen aéro-médical (jj/mm/aaaa):
(Date of aero-medical assessment (dd/mm/yyyy)):

18/07/2025

Et nom du médecin (AeMC ou AME):

(And name of the medical officer (AeMC or AME)):

CORREA PATRICK

(IX) Date de fin de validité de ce rapport médical (jj/mm/aaaa):
(Expiry date of this medical report (dd/mm/yyyy)):

18/07/2026

(X) Date de délivrance (jj/mm/aaaa) nom et
signature de l'AeMC ou AME ou de l'autorité:
(Date of issue (dd/mm/yyyy) name and
signature of the AeMC or AME or authority):

25/02/2026

(XI) Sceau ou cachet de l'AeMC ou de l'AME ou de l'autorité:
(Seal or stamp of the AeMC or AME or authority):

DR PATRICK CORREA
Médecin Aeronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773