

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 : DIOP		(4) Nom de naissance	
(5) Prénom(s) : NDEYE AWA		(6) Date de naissance (JJ.MM.AAAA) 21.03.1986	
(8) Lieu et pays de naissance : RUFISQUE SENEGAL		(7) Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input checked="" type="checkbox"/>	
(10) Adresse permanente : Mamelles Mbackiye Fay Pays : SENEGAL N° de téléphone : 77 367 3535 Courriel :		(9) Nationalité : SENEGALISE	
(11) Adresse postale : (si différente)		(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input type="checkbox"/> renouvellement/prorogation	
(18) Licence(s) de vol possédée(s)		(14) Type de licence désirée :	
types	Numéro de licence	Pays de délivrance	
(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 ? Détails : Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu:		(17) Dernier examen médical : Date : Lieu :	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Détails : Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu:		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		(21) Nombre total d'heures de vol :	
(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 :		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :	
(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :		(25) Type de vol envisagé :	
(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input type="checkbox"/>			
(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 »

(30) Remarques

30) Remarques : 26-2 P Cycle Pneumonie.

(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 aérosol médicale ou dans le cadre d'un recours. Je reconnaissant que ces documents ou données stockées électroniquement doivent être utilisés pour compléter une évaluation médicale, devraient-ils rester la propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que moi-même ou mon représentant puisez 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 mises à la disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MFD.A.035 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des États membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150.(a).

Date :

Date : 26-09-2025

Signature du demandeur :

Signature du demandeur

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : Déop		Prénoms : NDEYE AWA		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 26/03/1984					
(201) Catégorie d'examen		(202) Taille	(203) Poids	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
<input checked="" type="checkbox"/> Initial	<input type="checkbox"/> Prorogation	178 cm	78 kg	Nai	Nai.	Systolique 136	Diastolique 91	Pulsations (bpm) 71	Rythme <input checked="" 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"/>	<input type="checkbox"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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"/>	<input type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

PNC Afin Sengal SA. 6 mois l'anée 2+1 adaptif. Tabac =
Alco =
III =
Sport =

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 10
Œil 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
Œil droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(231) **de près** sans correction avec correction

N5 lu à 30 - 50cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(232) **Lunettes** (233) **Lentilles de contact**

Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Type :			
Refraction	Sph	Cylindre	Axe
Œil droit			
Œil gauche			

(313) **Perception des couleurs** Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques	Type I S H I H A R A	0
Nombre de tables présentées		Nombre d'erreurs

(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 checked="" type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur

(236) **Fonction respiratoire** (237) **Hémoglobine**

VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)	97. (g/dl)
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

(248) **Commentaires, limitations :**

VD2.

Cfle = 0,84

(235) **Analyse d'urine** Normale Anormale

Glucose 0	Protéines 0	Sang 0	Autres
------------------	--------------------	---------------	--------

Rapports annexés

Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	26-09-2017	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	26-09-2017	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique	26-09-2017	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL	26-09-2017	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins	26-09-2017	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Fonction respiratoire	26-09-2017	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(320) Tonométrie G : D : mmHg		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(244) Divers(Sujet):		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(247 bis) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude

Avis : Nom : **Dr Patrick CORREA**
Signature : **SM MED-004**
DGAC N°3857 - FAA-00773

(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 <input type="checkbox"/>	CLASSE 2 <input type="checkbox"/>	LAPL <input type="checkbox"/>	PNC/CCA <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	----------------------------------

(249) **Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé**

Je soussigne 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 : 07-10-2017	et lieu: PARIS SENEGAL	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé:	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature:
Fax: Telephone: 01 40 20 20 20		E-mail: Dr Patrick CORREA	Dr Patrick CORREA Médecin Aéronautique SN MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773

Date : 07-10-2025
Nom : Diop
Prénom : Ndeye Auné
Date de Naissance : 21-03-1984

AUDIOGRAMME

