

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 : DIAGNE		(4) Nom de naissance : DIAGNE					
(5) Prénom(s) : ALASSANE		(6) Date de naissance : 24/12/1983 (JJ/MM/AAAA)					
(8) Lieu et pays de naissance : LIBREVILLE (SENEGAL)		(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>					
(10) Adresse permanente : KEUR NASSAR Pays : SENEGAL N° de téléphone : Courriel : 774863247		(9) Nationalité : SENEGAL					
(11) Adresse postale : (si différente)		(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input type="checkbox"/> renouvellement/prorogation					
Pays : N° de téléphone :		(14) Type de licence désirée :					
(18) Licence(s) de vol possédée(s)		(15) Profession (principale) : PNC					
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 ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu: Détails :							
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu: Détails :							
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités							
(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 :							
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 »							
(101) Maladie ou opération oculaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	Antécédents familiaux	
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(113) Traumatismes crânien ou commotion	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(124) Test VIH positif	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(170) Affection cardiaque	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(114) Maux de tête fréquents ou graves	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(125) Maladie sexuellement transmissible	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(171) Hypertension artérielle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
(104) Allergie ou rhume des foins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(115) Accès de vertige/évanouissement	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(172) Taux élevé de cholestérol	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(127) Maladie musculaire ou squelettique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(173) Epilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(118) Troubles psychologiques/psychiatrique de toute nature	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(128) Toute autre maladie ou blessure	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(174) Maladie mentale/suicide	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
(107) Tension artérielle élevée ou basse	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(129) Hospitalisation	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(175) Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(120) Tentative de suicide ou automutilation	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(176) Tuberculose	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
(109) Diabète ou désordre hormonal	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(121) Mal des transports nécessitant médication	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(177) Allergie/asthme/eczéma	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(178) Maladie héréditaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
(111) Surdit ou maladie des oreilles	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(123) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(133) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(179) Glaucome	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
A remplir uniquement pour les femmes							
				(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>		
				(151) Etes-vous enceinte ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <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 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 deviennent 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 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 Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date :

26-09-2025

Signature du demandeur :

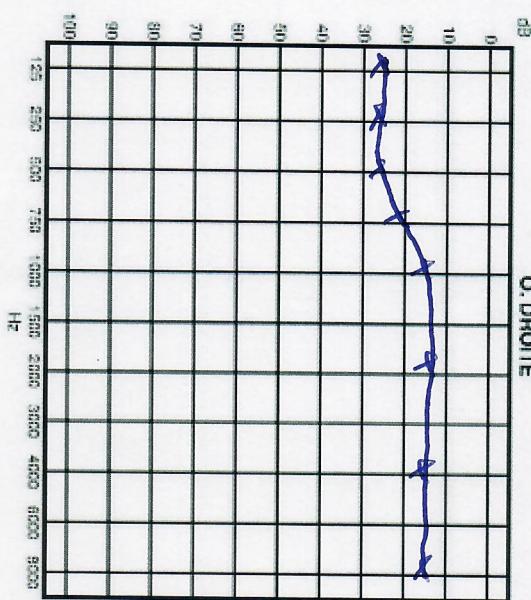
Signature du médecin examinateur

Dr Patrick KOUARE
Médecin aéronautique
MED-004
DGAC
Ref Formulaire pour demande de certificat médical ED Decision 2019-002/R 03.09.2019

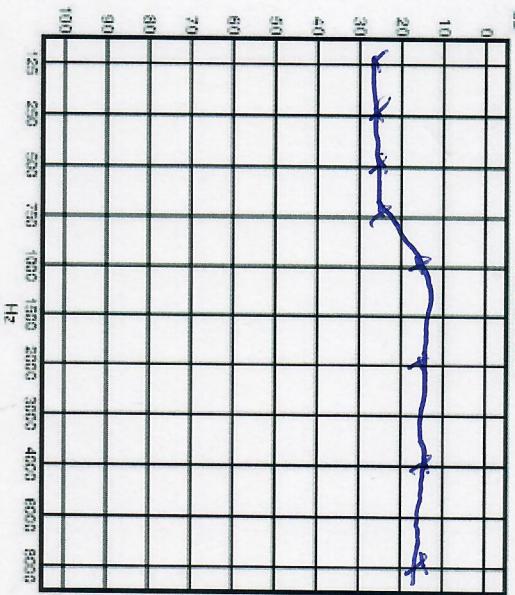
Date : 07.10.2025
Nom : SIAENE
Prénom : ALASSANE
Date de naissance : 24.12.87

AUDIOGRAMME

O. DROITE



O. GAUCHE





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)):

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

DIAGNE AASSANE

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

24/12/1987

(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):

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)):

Date de l'examen aéro-médical (jj/mm/aaaa):

(Date of aero-medical assessment (dd/mm/yyyy)):

26/09/2025

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)):

26/09/2027

(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):

07/10/2025

Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773

(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):