

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 : <b>MBAYE</b>		(4) Nom de naissance <b>MBAYE</b>	
(5) Prénom(s) : <b>Ramata Laye</b>		(6) Date de naissance <b>12.12.82</b> (JJ/MM/AAAA)	
(8) Lieu et pays de naissance : <b>SAINT LOUIS (SENEGAL)</b>		(7) Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input checked="" type="checkbox"/>	
(10) Adresse permanente : <b>cité Bababé 1 GRAND MBAO</b> Pays : <b>SENEGAL</b> N° de téléphone : <b>776134037</b> Courriel :		(9) Nationalité : <b>SENEGALAISE</b>	
(11) Adresse postale : (si différente)		(14) Type de licence désirée :	
		(15) Profession (principale) :	
		(16) Employeur : <b>AIR SENEGAL S.A.</b>	
		(17) Dernier examen médical : Date : Lieu :	
		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :	
		(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) :	
		(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:	
(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 : 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 »

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		<b>Antécédents familiaux</b>	
(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"/>	
		(115) Accès de vertige/évanouissement		(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil		(172) Taux élevé de cholestérol <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
		(116) Perte de conscience quel que soit le motif		(127) Maladie musculaire ou squelettique		(173) Epilepsie <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
		(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...		(128) Toute autre maladie ou blessure		(174) Maladie mentale/suicide <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
		(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature		(129) Hospitalisation		(175) Diabète <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
		(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"/>	
		(120) Tentative de suicide ou automutilation		(131) Assurance vie refusée pour motif médical		(177) Allergie/asthme/eczéma <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
		(121) Mal des transports nécessitant médication		(132) Refus de licence de vol pour motif médical		(178) Maladie héréditaire <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
		(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines		(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical		(179) Glaucome <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>A remplir uniquement pour les femmes</b>							
						(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 :

*René Dab  
Angola/électromé / Présent RAT*

(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 et la 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 Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA MED 150 (c) (4).

Date :

*13.11.25*

Signature du demandeur :

*[Signature]*

Signature du médecin examinateur :

*Dr. PATRICK CORREA  
Médecin Aéronautique  
MED-004  
DGAC N° 3*

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

NOM : <b>MBAYE</b>		Prénoms : <b>Ramata Paye</b>		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): <b>12.12.82</b>	
(201) Catégorie d'examen		(202) Taille		(203) Poids	
<input checked="" type="checkbox"/> Initial	<input type="checkbox"/> Prorogation	<input type="checkbox"/> Renouvellement	<input type="checkbox"/> Recours spécial	176 cm	83 kg
(204) Yeux couleur		(205) Cheveux couleur		(206) Tension artérielle (assis) mmHg	
blanc		blanc		140 / 90	
(207) Pouls au repos		Systolique		Diastolique	
				Pulsations (ppm)	
				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"/>
(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, tympans, 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				
<b>PNC. 61m Sénégal. (0000). 22 ans. 11 mois 3 sems.</b>				
<b>BAV.</b>				
<b>Todax = 315</b>				
<b>Spout = 0</b>				
<b>Alc = 0</b>				
<b>III = 0</b>				

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)		Normale <input checked="" type="checkbox"/>		Anormale <input type="checkbox"/>	
(229) (de loin à (5m/6m en <b>dixième</b> )		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 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 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 :	Type :				
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	
Œil droit					
Œil gauche					
(313) Perception des couleurs		Normale <input type="checkbox"/>		Anormale <input type="checkbox"/>	
Tables pseudo-isochromatiques		Type I S H I H A R A			
Nombre de tables présentées		Nombre d'erreurs			

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)		Normale <input type="checkbox"/>		Anormale <input type="checkbox"/>	
(si 239/241 non réalisé)		Oreille droite	Oreille gauche		
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur		Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>		
		Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		
Audiométrie éventuelle					
Hz	500	1000	2000	3000	4000
Oreille droite					
Oreille gauche					
(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine			
VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)	65,5 (g/dl)			
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>

(248) Commentaires, limitations :		<b>Age = 29,95</b>			
<b>VD2-</b>		<b>Ap (PNC → 13-11-2027</b>			

(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 : et lieu:  <b>17-11-25</b>		Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé:  <b>Dr Patrick CORREA 3, AV. des Ambassades DAKAR SENEGAL</b>		Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature:  <b>Dr Patrick CORREA Médecin Avionautique SM MED-004 13-11-2027</b>	
Fax: Telephone:				Numéro d'AME:  <b>DGAC Réf Rapport examen médical 03.09.2019</b>	

Direc. J 3. 11. 2025

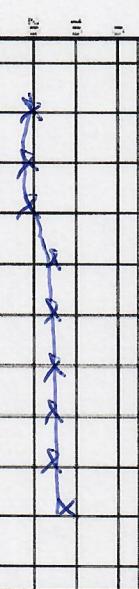
Micro.

Parac. Rauhatorlage

Direc. Schreiber

## AUDIOGRAMME

O. DROITE



O. GAUCHE

