

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:	
(3) Nom : DIYE		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☐ Classe 2 ☒ LAPL ☐ PNC/CCA ☒	
(5) Prénom(s) : BALLA		(4) Nom de naissance : DIYE	(12) Genre sollicité ☒ initial ☐ renouvellement/prorogation
(6) Date de naissance : 29-04-86		(7) Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐	(14) Type de licence désirée :
(8) Lieu et pays de naissance : DAKAR SENEGAL		(9) Nationalité : SENEGALAISE	(15) Profession (principale) : INSTRUCTEUR PNC
(10) Adresse permanente : CITE GOLF V. 950 DAKAR		(16) Employeur : AIR SENEGAL	
Pays : SENEGAL		(17) Dernier examen médical : Date : Lieu :	
N° de téléphone : 00221 781644977		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ☐ Oui ☐ détails :	
Courriel : bayballa1@gmail.com		N° de téléphone : 00221 78 1644977	
(18) Licence(s) de vol possédée(s)			
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 ☐ Oui ☐ Date : Lieu :			
(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :			
(25) Type de vol envisagé :			
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☐ Oui ☐ Date : Lieu :			
(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:			
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non ☒ Oui ☐ consommation journalière unités			
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais ☒ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt : Oui ☐ 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	☐
(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	☐
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	☐	☒	(114) Maux de tête fréquents ou graves	☐	☒	(125) Maladie sexuellement transmissible	☐
(104) Allergie ou rhume des foies	☐	☒	(115) Accès de vertige/évanouissement	☐	☒	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	☐
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	☐	☒	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	☐	☒	(127) Maladie musculaire ou squelettique	☐
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	☐	☒	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	☐	☒	(128) Toute autre maladie ou blessure	☐
(107) Tension artérielle élevée ou basse	☐	☒	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	☐	☒	(129) Hospitalisation	☐
(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	☐
(109) Diabète ou désordre hormonal	☐	☒	(120) Tentative de suicide ou automutilation	☐	☒	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	☐
(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	☐
(111) Surdité ou maladie des oreilles	☐	☒	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	☐	☒	(133) Exempt� ou réformé du service national pour motif médical	☐
						(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	☐

(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   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 AM  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 délivre 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 AM  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  tats membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date : **12-03-2026**

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

[Signature]

[Signature]

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : DIETE		Prénoms : BALLA		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 29-04-1986			Lieu de naissance : DAKAR	
(201) Catégorie d'examen ☒ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 180 cm	(203) Poids 70 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 115 Diastolique 84	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 58 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 buccale, gorge, dents	☒	☐	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	☐
(210) Nez, sinus	☒	☐	(220) système génito-urinaire	☒
(211) Oreilles, tympons, 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.
PNE. Am Serungel. SA. 33 ans. Acuité visuelle. Tabac 0
Spout = 3/1 an.
ITT = 0.

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

Ceil droit sans correction	Corrigée à 10
Ceil 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
Ceil droit	☐	☐	☒	☐
Ceil gauche	☐	☐	☒	☐
Vision binoculaire	☐	☐	☒	☐

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

N5 lu à 30 - 50cm	Oui	Non	Oui	Non
Ceil droit	☐	☐	☒	☐
Ceil gauche	☐	☐	☒	☐
Vision binoculaire	☐	☐	☒	☐

(232) **Lunettes** Oui ☒ Non ☐
 Type : Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter

(233) **Lentilles de contact** Oui ☐ Non ☐
 Type : Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter

(235) **Analyse d'urine** Normale ☒ Anormale ☐
 Glucose ☒ Protéines ☐ Sang ☐ Autres ☐

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	☐	19-03-86	☒	☐
(239) Audiogramme	☐	19-03-86	☒	☐
(240) Examen Ophtalmologique	☐	19-03-86	☒	☐
(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 : **Apté** Nom : **Dr Patrick CORREA**
 Signature : **Dr Patrick CORREA**
 SN-004-004
 DGAC N°3857 - FAA-00773

(313) **Perception des couleurs** Normale ☒ Anormale ☐
 Tables pseudo-isochromatiques Type I S H I H A R A
 Nombre de tables présentées **0** 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) Normal ☐ Anormal ☐
 (237) **Hémoglobine** Normal ☒ Anormal ☐
13.2 (g/dl)
Je = 10.5 l/min

(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 ☐ CLASSE 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA ☒

(248) **Commentaires, limitations :**
VD2.
Apté PNE → 19-03-86

(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 : **13-03-86**
 et lieu : **3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL**
 Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé :
 Fax :
 Telephone :
 E-mail :
 Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature :
 Numéro d'AME :
Dr Patrick CORREA
Medecin Aeronaute
SN-004-004
DGAC N°3857 - FAA-00773
 Réf Rapport examen médical 03.09.2019

Date : 12.03.2026

Nom : DIÈYE

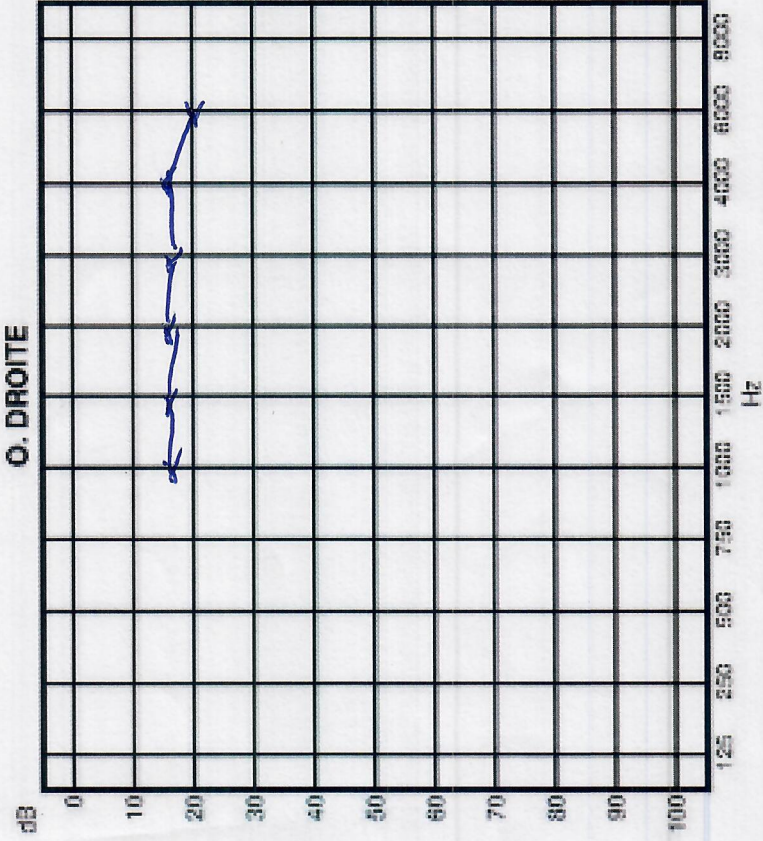
Prénom : BALLA

Date de Naissance : 29.04.1986

AUDIOGRAMME

Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
SN-ME-0534
DGAC N°3857-0534-00773

O. DROITE



O. GAUCHE

