

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 : Ba		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☐ Classe 2 ☒ LAPL ☐ PNC/CCA ☐	
(5) Prénom(s) : Daïmauna		(4) Nom de naissance	
(6) Date de naissance : 25/11/82		(7) Sexe : Masculin ☐ Féminin ☒	
(8) Lieu et pays de naissance : SAKAR SENEGAL		(12) Genre sollicité ☒ initial ☐ renouvellement/prorogation	
(10) Adresse permanente : GRAND YEDINE		(14) Type de licence désirée :	
(11) Adresse postale : (si différente)		(15) Profession (principale) : PNC	
(16) Employeur : AIR SENEGAL		(17) Dernier examen médical : Date : Lieu :	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéro de licence Pays de délivrance		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ☐ Oui ☐ détails :	
(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 :		(21) Nombre total d'heures de vol :	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu :		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non ☒ Oui ☐ consommation journalière unités		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais ☒ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt : Oui ☐ type et quantité :		(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	☐	☒			
(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	☐	☒
									A remplir uniquement pour les femmes		
									(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation		
									(151) Etes-vous enceinte ?		

(30) Remarques :

(31) Declaration : Je soussigné(e), déclare avoir répondu de façon s c re 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 A 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 : **04 Dec 2026**

Signature du demandeur : 

Signature du médecin examinateur : 

Ref Formulaire pour demande de certificat médical (03 Dec 2016) 03.09.2019
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 : BA		Prénoms : Alain mouna		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 25/11/82		Lieu de naissance : Dakar	
(201) Catégorie d'examen ☒ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 177 cm	(203) Poids 74 kg	(204) Yeux couleur bleu	(205) Cheveux couleur bleu	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 130 Diastolique 78	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 86 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

PAC. An Scuriel BA. 43 ans. Diabète (2024) et 0.5. Tabac 20. Petite dermatite difficile curative. Plante = 0. Spat = 0. Marche = 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		(233) Lentilles de contact	
Oui ☒ Non ☐	Type :	Oui ☒ Non ☐	Type :
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe
Ceil droit			Ajouter
Ceil gauche			

(313) Perception des couleurs	Normale ☐ Anormale ☐
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)		
(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				(237) Hémoglobine	
VEMS/CV	%	Peak Flow	(l/min)	Normal	Anormal
Normal ☐ Anormal ☐		Normal ☐ Anormal ☐		Normal ☒ Anormal ☐	

(248) Commentaires, limitations :

UD2.

Apte PAC → 04-03-2028

(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 : et lieu :	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 :
05-03-2026	Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	Dr Patrick CORREA Médecin Aeronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773

Date : 04 Mars 2026

Nom : Ba

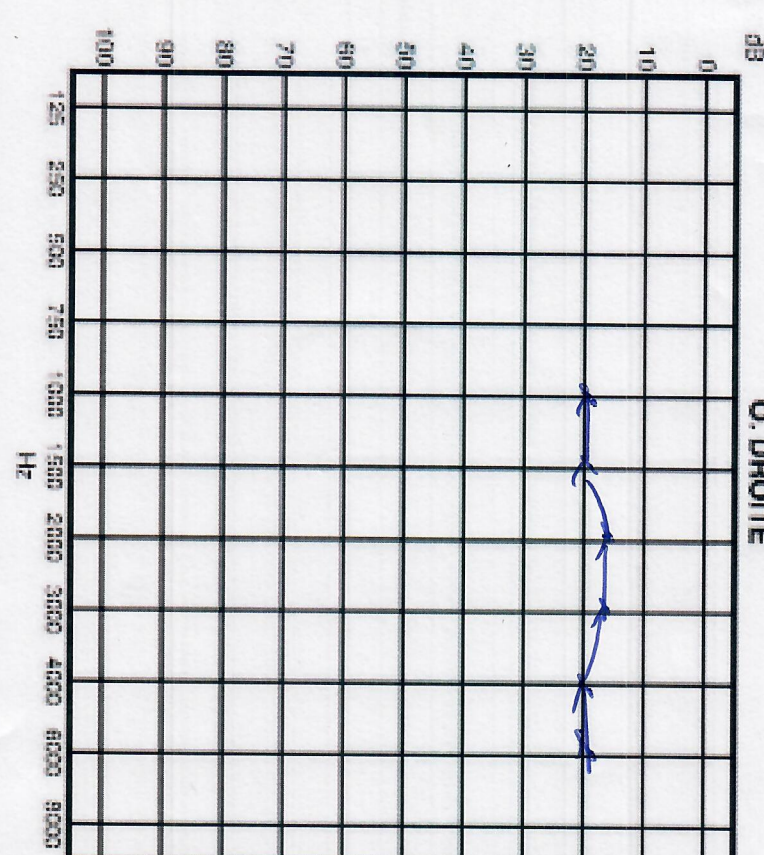
Prénom : Obai mouna

Date de Naissance : 25/11/82

AUDIOGRAMME

Dr Patrick CORREA
Médecin
SN-M
DGAC N°385
FA-00773

O. DROITE



O. GAUCHE

