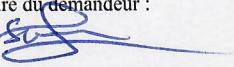


FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence :		(13) N° référence:							
<i>France</i>		(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 : <i>SARAH</i>		(4) Nom de naissance <i>29/02/1995 Elisabeth</i>							
(5) Prénom(s) : <i>Elisabeth</i>		(6) Date de naissance <i>29/02/1995</i> (JJ/MM/AAAA) (7) Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input checked="" type="checkbox"/>							
(8) Lieu et pays de naissance : <i>Dakar - Sénégal</i>		(9) Nationalité : <i>sénégalaise</i>							
(10) Adresse permanente :		(11) Adresse postale : (si différente)							
Pays : <i>sénégal</i> N° de téléphone : <i>77 357 26 61</i> Courriel : <i>LycySavannah@gmail.com</i>		Pays : <i>sénégal</i> N° de téléphone : <i>77 357 26 61</i>							
(18) Licence(s) de vol possédée(s)		types Numéro de licence Pays de délivrance <i>CCA CY 22-0114 Cyprus</i>							
(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 »									
(101) Maladie ou opération oculaire		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(123) Paludisme, autre maladie tropicale <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	Antécédents familiaux		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
(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 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(124) Test VIH positif <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(125) Maladie sexuellement transmissible <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	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"/>	(116) Perte de conscience quel que soit le motif <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(127) Maladie musculaire ou squelettique <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	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"/>	(117) Affection neurologique : AVC, epilepsie, convulsions, paralysie, etc...	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(128) Toute autre maladie ou blessure <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	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"/>	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(129) Hospitalisation <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	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"/>	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	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"/>	(120) Tentative de suicide ou automutilation <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(131) Assurance vie refusée pour motif médical <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	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"/>	(121) Mal des transports nécessitant médication <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(132) Refus de licence de vol pour motif médical <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(178) Maladie héréditaire		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
(111) Surdité ou maladie des oreilles		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	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									
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(151) Etes-vous enceinte ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
(30) Remarques : <i>175 - Diabète sucré (Pan, mère, sœur) 177 - Soeur asthmatique</i>									
(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. 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.150 peuvent être stockées électroniquement et mises 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 États membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).									
Date : <i>31/07/2025</i>		Signature du demandeur : 				Signature du médecin examinateur : 			
Ref Formulaire pour demande de certificat médical E14 version 2019/002/1 03.09.2019									

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : SARR	Prénoms : ELISABETH	Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 20/12/1995				
(201) Catégorie d'examen	(202) Taille	(203) Poids	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg	(207) Pouls au repos
<input type="checkbox"/> Initial	176 cm	79 kg	Vert	Non	117	74
<input type="checkbox"/> Prorogation				Systolique	Diastolique	Pulsations (bpm)
<input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement						Rythme
<input type="checkbox"/> Recours spécial						<input 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 type="checkbox"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input checked="" 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					

226 - Danie

PNC Air Sénégal SA 28000 Dakar - Sén.
Anémie traitée par Albuterol.
Tolos 5 mg - f
Aérol 200 mg - Aérol 200

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)		Lunettes/Contact		(235) Analyse d'urine	
(229) (de loin à (5m/6m en dixième)				Normale <input checked="" type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>
Œil droit sans correction	10	Corrigée à		Glucose	Protéines
Œil gauche sans correction	10	Corrigée à		Sang	Autres
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à			

(230) Vision Intermédiaire		sans correction		avec correction		Rapports annexés	
N14 lu à 100cm		Oui	Non	Oui	Non	Non réalisé	Date
Œil droit		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31/07/2025	<input checked="" type="checkbox"/>
Œil gauche		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(231) de près		sans correction		avec correction		(238) ECG	
N5 lu à 30 - 50cm		Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil droit		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Œil gauche		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact		(239) Audiogramme		(240) Examen Ophtalmologique	
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Type :		Type :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil droit				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(313) Perception des couleurs		Normale <input type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>	(241) Examen ORL	
Tables pseudo-isochromatiques		Type I S H I H A R A		(242) Lipides sanguins	
Nombre de tables présentées		20		Nombre d'erreurs	
				1	

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)		Oreille droite		Oreille gauche		(243) Fonction respiratoire	
(si 239/241 non réalisé)		Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	D : <input type="checkbox"/>	mmHg <input type="checkbox"/>
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur		Non <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		(244) Divers(Sujet):

Audiométrie éventuelle		500		1000		2000		3000		4000		6000	
Oreille droite													
Oreille gauche													

(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine		(245) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé	
VEMS/CV	%	Peak Flow (l/min)	g/dl	<input type="checkbox"/> APTE pour la classe:	
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> certificat médical délivré par le soussigné (copie jointe) pour la classe:	
				<input type="checkbox"/> INAPTE pour la classe :	
				<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

(248) Commentaires, limitations :											
<i>Age - 268</i>											
<i>Apt PNC - 31-07-2025</i>											

(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 :	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:	
et lieu:	Dr Patrick CORREA		Dr Patrick CORREA	
08-08-2025	3, Avenue des Ambassades		Médecine Aéronautique	
			SN-MED-004	
			DGAC N°3857 - FAA-00773	
			Ré Rapport examen médical 03.09.2019	

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)): CY 22-0114

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

SARR ELISABETH SIGA

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

29/12/1995

(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)):

31/05/25

Date de l'examen aéro-médical (jj/mm/aaaa):
 (Date of aero-medical assessment (dd/mm/yyyy)):

31/07/2025

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)):

31/07/2027

(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):

05/08/2025



(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):

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