

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 : GAYE		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☐ Classe 2 ☒ LAPL ☐ PNC/CCA ☐	
(5) Prénom(s) : Hawa Aberu		(4) Nom de naissance GAYE	
(8) Lieu et pays de naissance : SENEGAL		(12) Genre sollicité ☒ initial ☐ renouvellement/prorogation	
(10) Adresse permanente : YOFF Cite de l'Air Pays : SENEGAL N° de téléphone : 77 653 36 42 Courriel : hawa-aberu.gaye@airsenegal.sn		(7) Sexe : Masculin ☐ Féminin ☒	
(11) Adresse postale : (si différente)		(14) Type de licence désirée :	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéro de licence Pays de délivrance		(15) Profession (principale) : PNC	
		(16) Employeur : Air Senegal Sg	
		(17) Dernier examen médical : Date : Lieu :	
		(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 : Détails :		(21) Nombre total d'heures de vol :	
		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☒ Oui ☐ Date : Détails :		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :	
		(25) Type de vol envisagé :	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non ☒ Oui ☐ consommation journalière unités		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☐ Multipilote ☐	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais ☒ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt : Oui ☐ type et quantité :		(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
(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	☐	☒	(170) Affection cardiaque	☐	☒		☐	☒
			(114) Maux de tête fréquents ou graves	☐	☒	(125) Maladie sexuellement transmissible	☐	☒	(171) Hypertension artérielle	☐	☒		☐	☒
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	☐	☒	(115) Accès de vertige/évanouissement	☐	☒	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	☐	☒	(172) Taux élevé de cholestérol	☐	☒		☐	☒
(104) Allergie ou rhume des foins	☐	☒	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	☐	☒	(127) Maladie musculaire ou squelettique	☐	☒	(173) Epilepsie	☐	☒		☐	☒
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	☐	☒	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	☐	☒	(128) Toute autre maladie ou blessure	☐	☒	(174) Maladie mentale/suicide	☐	☒		☐	☒
									(175) Diabète	☐	☒		☐	☒
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	☐	☒	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	☐	☒	(129) Hospitalisation	☐	☒	(176) Tuberculose	☐	☒		☐	☒
									(177) Allergie/asthme/eczéma	☐	☒		☐	☒
(107) Tension artérielle élevée ou basse	☐	☒	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	☐	☒	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	☐	☒	(178) Maladie héréditaire	☐	☒		☐	☒
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	☐	☒							(179) Glaucome	☐	☒		☐	☒
(109) Diabète ou désordre hormonal	☐	☒	(120) Tentative de suicide ou automutilation	☐	☒	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	☐	☒	A remplir uniquement pour les femmes					
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	☐	☒	(121) Mal des transports nécessitant médication	☐	☒	(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	☐	☒	(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation			☐	☒	
(111) Surdité ou maladie des oreilles	☐	☒	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	☒	☐	(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	☐	☒	(151) Etes-vous enceinte ?			☐	☒	

(30) Remarques :

2-Cesamin April 2024. Sammler $\rightarrow$ AAS.

(31) Déclaration : le soussigné(e) déclare avoir répondu de façon sincère aux questions qu'il ou elle pose(s) 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 refuser 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 MEDICALES: 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 médico 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 ainsi résulter la propriété de l'autorité qui délivre la licence.

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.055 (b) (2) (ii) (i) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des États membres afin de faciliter l'application de l'ARA MED 150 (c) (4).

Date : _____

04/03/2026

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

Signature du médecin examinateur:  

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : GAYE		Prénoms : Hawa Abou		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 05/10/1989			Lieu de naissance : DAKAR	
(201) Catégorie d'examen ☒ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 175 cm	(203) Poids 71 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 091 Diastolique 056		(207) Pouls au repos Pulsations 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 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

**PNE. Air Seryell. SA. 37 ans. Nourri 2 enfants.
Motivation. cause sociale (famille).
Noblement chiq à munielle.**

**Tobacco
Aile = 0
Sport = 0
H = 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	18
Ceil gauche sans correction		Corrigée à	18
Vision binoculaire, sans correction		Corrigée à	18

(230) Vision Intermédiaire

	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
N14 lu à 100cm				
Ceil droit	☒	☐	☒	☐
Ceil gauche	☒	☐	☒	☐
Vision binoculaire	☒	☐	☒	☐

(231) de près

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

(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact	
Oui ☒	Non ☐	Oui ☐	Non ☐
Type :		Type :	
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe
Ceil droit			Ajouter
Ceil gauche			

(313) Perception des couleurs

Tables pseudo-isochromatiques	Normale ☒	Anormale ☐
Nombre de tables présentées 60	Type I S H I H A R A	Nombre d'erreurs 0

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(si 239/241 non réalisés)		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)	(237) Hémoglobine
Normal ☐	Anormal ☐	Normal ☐	Anormal ☐	Normal ☒ Anormal ☐

(248) Commentaires, limitations :

UDL.

(237) - Suivi asympt.

Apte PNE → 04-03-2028

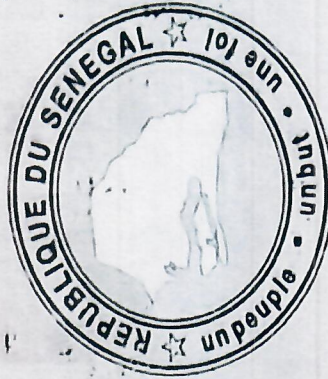
(249) Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

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 : 05-03-28	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : Dr Patrick CORREA Médicine Aérospatiale SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773
---------------------------------	--	---

Numéro d'AME :

REPUBLIQUE DU SENEGAL
REPUBLIC OF SENEGAL



PASSEPORT

: Passport

A 03560361

Ce passeport contient 32 pages
This passport contains 32 pages

**Passeport /
Passport**



P

SEN

A03560361

GAYE

HAWA ABOUT

SENEGALAISE

05 OCT / OCT 1989

F PARCELLES AS

08 JUIN / JUN 2023

07 JUIN / JUN 2028



N° personnel / Personal No
2996199900496

Autorité / Authority MINT/DGPN/DPETV

Signature du titulaire / Holder's signature

19

P<SENGAYE<<HAWA<ABOU<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<
A035603616SEN8910059F28060772996199900496<76

AUDIOGRAMME

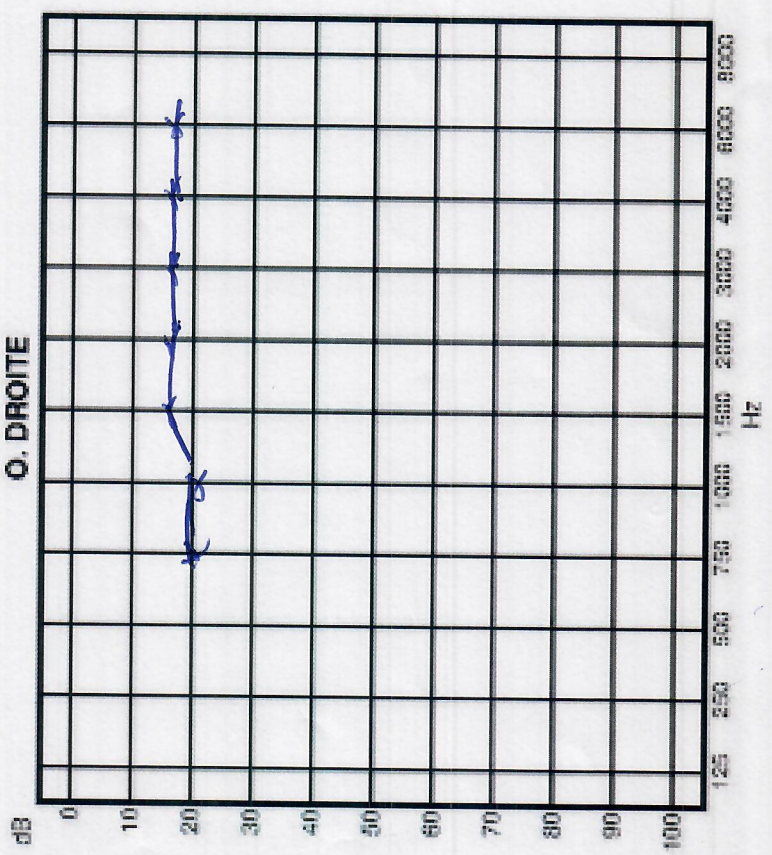
Date : 04/03/2026

Nom : GAYE

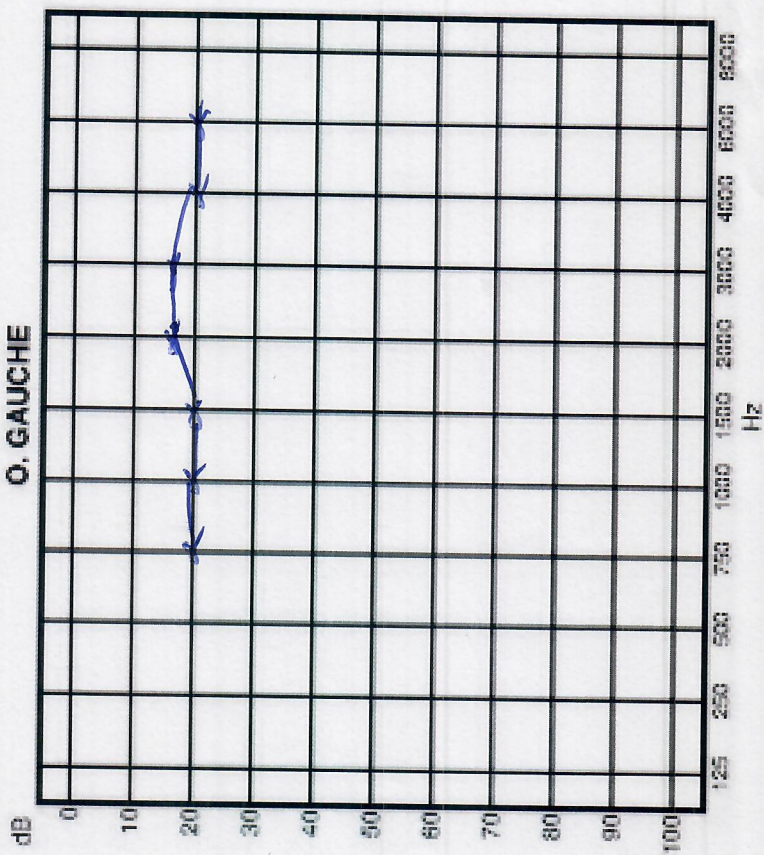
Prénom : Hawa Abou

Date de Naissance : 05/10/1989

O. DROITE



O. GAUCHE



Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
S.N. 110004
BOAG N°383
200-00773