

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:																																																																																																																					
SWITZERLAND		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input checked="" type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/>																																																																																																																					
(3) Nom : GNAMY		(4) Nom de naissance GNAMY																																																																																																																					
(5) Prénom(s) : EMMANUEL		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 20/09/1979 (7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>																																																																																																																					
(8) Lieu et pays de naissance : DAKAR - SENEGAL		(9) Nationalité : SENEGAL																																																																																																																					
(10) Adresse permanente : SICAP LIBERTÉ 3 N°1810B Pays : SENEGAL N° de téléphone : 421 771537413 Courriel : EMMANUEL.GNAMY@GMAIL.COM		(11) Adresse postale : (si différente) BP: 10592 Pays : N° de téléphone :																																																																																																																					
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéro de licence Pays de délivrance																																																																																																																							
ATPL-A AT.FCL.24546 SWITZERLAND																																																																																																																							
(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 type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> consommation journalière unités																																																																																																																							
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input type="checkbox"/> Non actuellement <input checked="" type="checkbox"/> Date de l'arrêt : DEC 2013 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 »																																																																																																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> <th>Oui</th> <th>Non</th> <th>Oui</th> <th>Non</th> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">(101) Maladie ou opération oculaire</td> <td colspan="2">(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage</td> <td colspan="2">(123) Paludisme, autre maladie tropicale</td> <td colspan="2">(170) Affection cardiaque</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact</td> <td colspan="2">(113) Traumatismes crânien ou commotion</td> <td colspan="2">(124) Test VIH positif</td> <td colspan="2">(171) Hypertension artérielle</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen</td> <td colspan="2">(114) Maux de tête fréquents ou graves</td> <td colspan="2">(125) Maladie sexuellement transmissible</td> <td colspan="2">(172) Taux élevé de cholestérol</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(104) Allergie ou rhume des foins</td> <td colspan="2">(115) Accès de vertige/évanouissement</td> <td colspan="2">(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil</td> <td colspan="2">(173) Epilepsie</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(105) Asthme ou maladie pulmonaire</td> <td colspan="2">(116) Perte de conscience quel que soit le motif</td> <td colspan="2">(127) Maladie musculaire ou squelettique</td> <td colspan="2">(174) Maladie mentale/suicide</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux</td> <td colspan="2">(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...</td> <td colspan="2">(128) Toute autre maladie ou blessure</td> <td colspan="2">(175) Diabète</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(107) Tension artérielle élevée ou basse</td> <td colspan="2">(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature</td> <td colspan="2">(129) Hospitalisation</td> <td colspan="2">(176) Tuberculose</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(108) Calcul rénal ou sang dans les urines</td> <td colspan="2">(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue</td> <td colspan="2">(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical</td> <td colspan="2">(177) Allergie/asthme/eczéma</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(109) Diabète ou désordre hormonal</td> <td colspan="2">(120) Tentative de suicide ou automutilation</td> <td colspan="2">(131) Assurance vie refusée pour motif médical</td> <td colspan="2">(178) Maladie héréditaire</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins</td> <td colspan="2">(121) Mal des transports nécessitant médication</td> <td colspan="2">(132) Refus de licence de vol pour motif médical</td> <td colspan="2">(179) Glaucome</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(111) Surdité ou maladie des oreilles</td> <td colspan="2">(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines</td> <td colspan="2">(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical</td> <td colspan="2">(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation</td> </tr> <tr> <td colspan="4"> A remplir uniquement pour les femmes </td> </tr> <tr> <td colspan="4">(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie</td> <td colspan="2">(151) Etes-vous enceinte ?</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(101) Maladie ou opération oculaire		(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage		(123) Paludisme, autre maladie tropicale		(170) Affection cardiaque		(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		(171) Hypertension artérielle		(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen		(114) Maux de tête fréquents ou graves		(125) Maladie sexuellement transmissible		(172) Taux élevé de cholestérol		(104) Allergie ou rhume des foins		(115) Accès de vertige/évanouissement		(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil		(173) Epilepsie		(105) Asthme ou maladie pulmonaire		(116) Perte de conscience quel que soit le motif		(127) Maladie musculaire ou squelettique		(174) Maladie mentale/suicide		(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux		(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...		(128) Toute autre maladie ou blessure		(175) Diabète		(107) Tension artérielle élevée ou basse		(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature		(129) Hospitalisation		(176) Tuberculose		(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		(177) Allergie/asthme/eczéma		(109) Diabète ou désordre hormonal		(120) Tentative de suicide ou automutilation		(131) Assurance vie refusée pour motif médical		(178) Maladie héréditaire		(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		(179) Glaucome		(111) Surdité ou maladie des oreilles		(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines		(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical		(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation		A remplir uniquement pour les femmes				(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie				(151) Etes-vous enceinte ?				(30) Remarques :							
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non																																																																																																																
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																																																
(101) Maladie ou opération oculaire		(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage		(123) Paludisme, autre maladie tropicale		(170) Affection cardiaque																																																																																																																	
(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		(171) Hypertension artérielle																																																																																																																	
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen		(114) Maux de tête fréquents ou graves		(125) Maladie sexuellement transmissible		(172) Taux élevé de cholestérol																																																																																																																	
(104) Allergie ou rhume des foins		(115) Accès de vertige/évanouissement		(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil		(173) Epilepsie																																																																																																																	
(105) Asthme ou maladie pulmonaire		(116) Perte de conscience quel que soit le motif		(127) Maladie musculaire ou squelettique		(174) Maladie mentale/suicide																																																																																																																	
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux		(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...		(128) Toute autre maladie ou blessure		(175) Diabète																																																																																																																	
(107) Tension artérielle élevée ou basse		(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature		(129) Hospitalisation		(176) Tuberculose																																																																																																																	
(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		(177) Allergie/asthme/eczéma																																																																																																																	
(109) Diabète ou désordre hormonal		(120) Tentative de suicide ou automutilation		(131) Assurance vie refusée pour motif médical		(178) Maladie héréditaire																																																																																																																	
(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		(179) Glaucome																																																																																																																	
(111) Surdité ou maladie des oreilles		(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines		(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical		(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation																																																																																																																	
A remplir uniquement pour les femmes																																																																																																																							
(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie				(151) Etes-vous enceinte ?																																																																																																																			

(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 puissent 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.150 peuvent être stockées électroniquement et mis à la disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MHD.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). Disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MHD.A.035

Date : **05/09/2025**

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

EDUARDO CORREA
Médecin aéronautique
SENED-004
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 : GNAMY		Prénoms : ENNANUEL		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 29/09/1979		Lieu de naissance : DAKAR		
(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 <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial		150 cm	69 kg	brun	brun	Systolique 110	Diastolique 82	Pulsations (bpm) 84
								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"/>	<input type="checkbox"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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"/>	<input type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(216) Cœur		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire						
<i>Captaine. Falcon Fx8. 46 years. Normal & child.</i>						<i>Smoker = 0</i> <i>Age = 0</i> <i>III = 0</i> <i>Spalmer.</i>

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)		Lunettes/Contact	
(229) (de loin à 5m/6m en dixième)			
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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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
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) (si 239/241 non réalisé)		Oreille droite	Oreille gauche
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur		Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>
		Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

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

(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine				
VEMS/CV	%	Peak Flow (l/min)	7.7 (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 :		<i>VNL.</i> <i>F.t. → 26-10-2026</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 : 08-09-28		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 Médecin Aéronautique EN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA - 00773		
et lieu: 08-09-28		Fax: Telephone: E-mail:			Numéro d'AME: 0925		

