

# 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 : <b>Diouf</b>		(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"/>	
(5) Prénom(s) : <b>Adja Fanta</b>		(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité <input checked="" type="checkbox"/> initial <input type="checkbox"/> renouvellement/prorogation
(6) Date de naissance <b>04/10/1993</b>		(7) Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input checked="" type="checkbox"/>	(14) Type de licence désirée :
(8) Lieu et pays de naissance : <b>St. Louis SENEGAL</b>		(15) Profession (principale) : <b>PNC</b>	
(9) Nationalité : <b>Senegalaise</b>		(16) Employeur : <b>AIR SENEGAL</b>	
(10) Adresse permanente : <b>Cité Imprimerie extension Rufisque</b>		(17) Dernier examen médical : Date : Lieu :	
(11) Adresse postale : (si différente)		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéro de licence Pays de délivrance		(21) Nombre total d'heures de vol :	
(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 :		(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 <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		(25) Type de vol envisagé :	
(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 :		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multiopilote <input type="checkbox"/>	
		(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(113) Traumatismes crâniens ou commotion	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(124) Test VIH positif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(114) Maux de tête fréquents ou graves	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(125) Maladie sexuellement transmissible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(115) Accès de vertige/évanouissement	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(127) Maladie musculaire ou squelettique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(128) Toute autre maladie ou blessure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(129) Hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(120) Tentative de suicide ou automutilation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(121) Mal des transports nécessitant médication	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(30) Remarques :

**Pau Diab**

(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 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 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 puisse 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 130 peuvent être stockées électroniquement et mis 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 Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA MED 150 (c) (4).

Date : **13/11/2025**

Signature du demandeur :

**Diouf**

Signature du médecin examinateur :

**Dr Patrick CORREY**  
Médecin Aéro-médical  
SN - 004  
DGAC N°3857 - FAA-00122



# RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - **SECRET MEDICAL**

NOM : **DIOUF** Prénoms : **Adja Fanta** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **04/09/1993**  
Lieu de naissance : **Saint-Louis**

(201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <b>163</b> cm	(203) Poids <b>65</b> kg	(204) Yeux couleur <b>Neu</b>	(205) Cheveux couleur <b>Neu</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <b>121</b> Diastolique <b>83</b>	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) <b>85</b> 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 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  
**Pne. An Seryeel RA (2018) 32 ans. Anu 2 ref. T. = 0. A. = 0. S. = 0.**

**Acuité visuelle** (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(229) (de loin à 5m/6m en dixième) Lunettes/Contact

Œil droit sans correction	<b>10</b>	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	<b>10</b>	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	<b>10</b>	Corrigée à	

(230) Vision Intermédiaire

	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
N14 lu à 100cm	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>

(231) de près

	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
N5 lu à 30 - 50cm	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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

Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>
Type :	
Réfraction	Sph
Œil droit	Cylindre
Œil gauche	Axe
	Ajouter

(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)

	Oreille droite	Oreille gauche
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire

VEMS/CV	%	Peak Flow	(l/min)
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>

(237) Hémoglobine

Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
--	----------------------------------

(248) Commentaires, limitations :

**Apte PNC -> 13-11-2027**

(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 : <b>17-11-25</b>	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé: Fax: E-mail:	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature: Numéro d'AME:
---------------------------------	--	---

**Dr Patrick CORREA**  
3, Av. des Ambassades  
DAKAR SENEGAL

Réf Rapport examen médical 03.09.2019



Date: 13/11/2025  
 Med: DIOUS  
 Patient: Adja Fanta  
 Date de Naissance: 06/09/1993

# AUDIOGRAMME

