



# **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:					
		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input type="checkbox"/> Classe 2 <input checked="" type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/>					
(3) Nom : <i>Datta</i>		(4) Nom de naissance					
(5) Prénom(s) : <i>Adama Eugenie</i>		(6) Date de naissance <i>30/08/1985</i>	(7) Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input checked="" type="checkbox"/>				
(8) Lieu et pays de naissance :		(9) Nationalité :					
(10) Adresse permanente : <i>Mermoz pyramide</i> Pays : <i>Sénégal</i> N° de téléphone : <i>77 053 92 00</i> Courriel : <i>adama.datta3@gmail.com</i>		(11) Adresse postale : (si différente)  Pays : <i>Sénégal</i> N° de téléphone : <i>77 053 92 00</i>					
(18) Licence(s) de vol possédée(s)		(17) Dernier examen médical : Date : Lieu :					
types	Numéro de licence	Pays de délivrance					
(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 :							
(21) Nombre total d'heures de vol : (22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :							
(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :							
(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 :							
(25) Type de vol envisagé :							
(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input type="checkbox"/>							
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités							
(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:							
(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 »							
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 crânien ou commotion		(124) Test VIH positif		(170) Affection cardiaque <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
(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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
(104) Allergie ou rhume des foins		(115) Accès de vertige/évanouissement		(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil		(172) Taux élevé de cholestérol <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
(105) Asthme ou maladie pulmonaire		(116) Perte de conscience quel que soit le motif		(127) Maladie musculaire ou squelettique		(173) Epilepsie <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux		(117) Affection neurologique : AVC, epilepsie, convulsions, paralysie, etc...		(128) Toute autre maladie ou blessure		(174) Maladie mentale/suicide <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
(107) Tension artérielle élevée ou basse		(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature		(129) Hospitalisation		(175) Diabète <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
(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 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
(109) Diabète ou désordre hormonal		(120) Tentative de suicide ou automutilation		(131) Assurance vie refusée pour motif médical		(177) Allergie/asthme/eczéma <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
(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 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
(111) Surdit ou maladie des oreilles		(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines		(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical		(179) Glaucome <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
				A remplir uniquement pour les femmes			
				(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			
				(151) Etes-vous enceinte ? <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>			

### **(30) Remarques :**

Dupane AB  
Pen Diab. like Dupane

Hepatic & renal surf  $\frac{a}{\infty}$  RAS. - Kyte Seen A (2019) = RAS

(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 médico-légale 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.130 peuvent être stockées électroniquement et mises à la disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MHD.A.035 (b) / (ii) / (iii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des États membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c).

Date :

25/09/2025

**Signature du demandeur :**

Dattis

Signature du médecin examinateur :

Dr PATRICK CORREA  
Médecin Aéronautique  
**CN-MED-004**  
our demande de certificat médical ED Decision 2019/002/R/03/03  
DGAC N 3857 - FAA N 3857

# RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : <b>Diatta</b>	Prénoms : <b>Adama eugenie</b>	Date de naissance (JJ/MM/AAAA): <b>30/08/1955</b>						
		Lieu de naissance : <b>Dakar</b>						
(201) Catégorie d'examen	(202) Taille	(203) Poids	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg	(207) Pouls au repos		
<input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	<b>176 cm</b>	<b>75 kg</b>	<b>Noir</b>	<b>Noir</b>	Systolique <b>104</b>	Diastolique <b>72</b>	Pulsations (bpm) <b>88</b>	Rythme <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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input checked="" 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	<b>PNC fin Sengell SA . 30 ans. Cédib se suff.</b>					

**Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)**  
(229) (de loin à (5m/6m en dixième)) Lunettes/Contact

Œil droit sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>	Corrigée à	<input checked="" type="checkbox"/>
Œil gauche sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>	Corrigée à	<input checked="" type="checkbox"/>
Vision binoculaire, sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>	Corrigée à	<input checked="" type="checkbox"/>

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

(231) de près		sans correction	avec correction		
N5 lu à 30 - 50cm	N5 lu à 30 - 50cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	Vision binoculaire	<input checked="" 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 :	
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	
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		40	Nombre d'erreurs 0

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)		Oreille droite	Oreille gauche
(si 239/241 non réalisé)		Oreille droite	Oreille gauche
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur		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)	Yg (g/dl)	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
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 :

*WDL*

*Ante P.Ne → 25-09-2022*

(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 : <b>08-10-25</b>	et lieu:	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé: <b>Dr Patrick CORREA</b> <b>3, Av. des Ambassades</b> <b>DAKAR SENEGAL</b>	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature: <b>Dr Patrick CORREA</b> <b>Médecin Aéronautique</b> <b>SN MED-004</b> <b>DGAC N°3857 - FAA-00773</b>
Fax:	E-mail:		

Date : 07/10/2015

Nom : Zinell  
Prénom : Adeline  
Date de Naissance : 20/09/1995

## AUDIOGRAMME

