

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 checked="" type="checkbox"/>	
(3) Nom : SOW		(4) Nom de naissance SOW		(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input type="checkbox"/> renouvellement/prorogation	
(5) Prénom(s) : MAIMOUNA		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 31/12/1980		(7) Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin	
(8) Lieu et pays de naissance : DAKAR / SENEGAL		(9) Nationalité : SENEGALAISE		(14) Type de licence désirée :	
(10) Adresse permanente : HANN MARISTE II VILLA N°45		(11) Adresse postale : (si différente)		(15) Profession (principale) : CHEF DE CABINE PRINCIPAL	
Pays : SENEGAL		Pays :		(16) Employeur : AIR SENEGAL	
N° de téléphone : 776309546		N° de téléphone :		(17) Dernier examen médical : Date : OCT 2025 Lieu : Dr Kaouk - Dakar	
Courriel : mouna33@gmail.com				(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	
(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 ?				(21) Nombre total d'heures de vol :	
Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date :		Lieu:		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :	
Détails :					
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ?				(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :	
Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date :		Lieu:			
Détails :				(25) Type de vol envisagé :	
(26) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités				(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multiopilote <input type="checkbox"/>	
(27) Consommez vous du tabac ?				(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt :				Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi:	
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	<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 checked="" type="checkbox"/>	Antécédents familiaux							
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(113) Traumatismes crâniens ou commotion (114) Maux de tête fréquents ou graves	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(124) Test VIH positif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(170) Affection cardiaque			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(115) Accès de vertige/évanouissement	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(125) Maladie sexuellement transmissible	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(171) Hypertension artérielle			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(104) Allergie ou rhume des foins	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(172) Taux élevé de cholestérol			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(127) Maladie musculaire ou squelettique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(173) Epilepsie			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(128) Toute autre maladie ou blessure	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(174) Maladie mentale/suicide			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
(107) Tension artérielle élevée ou basse	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(129) Hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(175) Diabète			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(120) Tentative de suicide ou automutilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(176) Tuberculose			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
(109) Diabète ou désordre hormonal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(121) Mal des transports nécessitant médication	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(177) Allergie/asthme/eczéma			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(178) Maladie héréditaire			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
(111) Surdité ou maladie des oreilles	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				(133) Exempt� ou réformé du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(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 :

es : 107 = Erosch HTA de Pot-pur
114 = Négraine

(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 autre 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, resteront la propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que mon-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 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.035 (b) (2) (i) / (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 : _____

07/11/25

Signature du demandeur :

Yours

Signature du médecin examinateur :

Signature du medecin examinateur : 

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : **SOW** Prénoms : **MAIMOUNA** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **31/12/1980**
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 checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	189 cm	80 kg	Naturel	Noir	Systolique 135 Diastolique 90	Pulsations (bpm) 82 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"/>
(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
PNC Air Senegal SA, 40 ans, mariée, 3 enfants, Tabac = 0, Alcool = 0, Sport = +, Médicaments = 0



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

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

N5 lu à 30 - 50cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input checked="" 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"/>
Vision binoculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

(247 bis) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude

Avis :	Norm :
	

(313) Perception des couleurs	Normale <input checked="" type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/>
Tables pseudo-isochromatiques	Type I S H I H A R A
Nombre de tables présentées 20	Nombre d'erreurs 0

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)	(237) Hémoglobine
(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"/> 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	(237) Hémoglobine
VEEMS/CV	%
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Peak Flow (l/min) 11,7 (g/dl)
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

(248) Commentaires, limitations :
Apte PNC -> 07-11-2027

(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 : 10-11-2025	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : Fax : Telephone : E-mail :	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : Numéro d'AME : Stéphane CORREA Médecin Aeronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773
--------------------------------	--	---

Date: 07/11/85

Mot: SOU

Prénom: MAXIMILIEN A

Date de Naissance: 31/12/1980

AUDIOGRAMME

