

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 : KAMARA		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☐ Classe 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA ☒	
(5) Prénom(s) : NDEYE MARIE		(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité ☒ initial ☐ renouvellement/prorogation
(6) Date de naissance 05/11/70		(7) Sexe : Masculin ☐ Féminin ☒	(14) Type de licence désirée :
(8) Lieu et pays de naissance :		(9) Nationalité :	(15) Profession (principale) : PNC
(10) Adresse permanente : Lib 6 ext.		(11) Adresse postale : (si différente)	(16) Employeur : AIR SENEGAL
Pays : SENEGAL N° de téléphone : 77 231 97 06 Courriel : marie.kamara@airsenegalsn.sn		Pays : SENEGAL N° de téléphone : +221 77 231 97 06	(17) Dernier examen médical : Date : Lieu :
(18) Licence(s) de vol possédée(s)		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ☐ Oui ☐ détails :	
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 ☐ Oui ☐ Date : Lieu :		(21) Nombre total d'heures de vol :	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu :		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non ☒ Oui ☐ consommation journalière unités		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais ☒ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt : Oui ☐ type et quantité :		(25) Type de vol envisagé :	
		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☐ Multipilote ☐	
		(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	OUI	NON
(101) Maladie ou opération oculaire	☐	☒	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	☐	☒	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	☐
(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	☐
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	☐	☒	(114) Maux de tête fréquents ou graves	☐	☒	(125) Maladie sexuellement transmissible	☐
(104) Allergie ou rhume des foies	☐	☒	(115) Accès de vertige/évanouissement	☐	☒	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	☐
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	☐	☒	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	☐	☒	(127) Maladie musculaire ou squelettique	☐
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	☐	☒	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	☐	☒	(128) Toute autre maladie ou blessure	☐
(107) Tension artérielle élevée ou basse	☐	☒	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	☐	☒	(129) Hospitalisation	☐
(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	☐
(109) Diabète ou désordre hormonal	☐	☒	(120) Tentative de suicide ou automutilation	☐	☒	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	☐
(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	☐
(111) Surdité ou maladie des oreilles	☐	☒	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	☐	☒	(133) Exempt� ou réformé du service national pour motif médical	☐
						(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	☐

(30) Remarques :

(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 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 médicale et deviendront 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 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) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des  tats membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date : **02/03/26**

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

Dr Patrick **LEBEA**
Médecin Aéronautique
SN MED-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 : **KANARA** Prénoms : **NDEYE NABIE** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **05/11/1970**
Lieu de naissance : **Dakar**

(201) Catégorie d'examen ☒ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 176 cm	(203) Poids 71 kg	(204) Yeux couleur Amr	(205) Cheveux couleur Mbr	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 133 Diastolique 81	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 71 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
Fumeur, PAK Air Sénégal SA, 56 ans, Noire, 2 enfants
VDL +

Tolx = 0
Atcol = 0
Spur = 4
Nidch = 0

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

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)
Œil droit sans correction ☐ Corrigée à **100**
Œil gauche sans correction ☐ Corrigée à **100**
Vision binoculaire, sans correction ☐ Corrigée à **100**

(230) Vision intermédiaire
N14 lu à 100cm
Œil droit sans correction ☐ avec correction ☒
Œil gauche sans correction ☐ avec correction ☒
Vision binoculaire sans correction ☐ avec correction ☒

(231) de près
N5 lu à 30 - 50cm
Œil droit sans correction ☐ avec correction ☒
Œil gauche sans correction ☐ avec correction ☒
Vision binoculaire sans correction ☐ avec correction ☒

(232) Lunettes
Oui ☒ Non ☐
Type : **Sph**
Réfraction Sph **0**
Œil droit **0**
Œil gauche **0**

(233) Lentilles de contact
Oui ☐ Non ☒
Type : **Sph**
Réfraction Sph **0**
Œil droit **0**
Œil gauche **0**

(313) Perception des couleurs Normale ☐ Anormale ☐
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)
(si 239/241 non réalisés)
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur
Oreille droite ☒ Oreille gauche ☒
Audiométrie éventuelle
Hz 500 1000 2000 3000 4000 6000
Oreille droite **0**
Oreille gauche **0**

(236) Fonction respiratoire **Gly = 9,98**
VEMS/CV % Peak Flow (l/min)
Normal ☐ Anormal ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Normal ☒ Anormal ☐

(237) Hémoglobine **13,4** (g/dl)
Normal ☒ Anormal ☐

(248) Commentaires, limitations :

VDL.

Apte PNE -> 02-03-2027

(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 : **03-03-2026**
et lieu : **3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL**
Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : **Dr Patrick CORREA**
E-mail : **3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL**
Telephone : **3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL**

Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature :
Numéro d'AME :

Dr Patrick CORREA
Médecin Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773

Ref. Rapport examen médical 03.09.2019

- Date : 02/03/2016.

- Nom : KAMARA

- Prénom : NDEYE MARIÉ.

- Date de Naissance : 05/11/1990.

Dr Patrick CORREA
Médecine Aérienne
SN-ME
DGAC N°3857
FAA-00773

AUDIOGRAMME

