

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 : FALL		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☐ Classe 2 ☒ LAPL ☐ PNC/CCA ☒	
(5) Prénom(s) : THERESE COUTBA		(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité ☒ initial ☐ renouvellement/prorogation
(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 19/12/1982		(7) Sexe : Masculin ☐ Féminin ☒	(14) Type de licence désirée :
(8) Lieu et pays de naissance : SOKONE		(15) Profession (principale) : PNC	
(9) Nationalité : SENEGALAISE		(16) Employeur : AIR SENEGAL	
(10) Adresse permanente : MBOUR / SALY PORTUDAL Pays : Sénégal N° de téléphone : 776171813 Courriel : thequedon@yahoo.fr		(17) Dernier examen médical : Date : Lieu :	
(11) Adresse postale : (si différente) Pays : N° de téléphone : 776171813		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ☐ Oui ☐ 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 ? Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu :			
(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 ☒ Oui ☐ Date : Lieu :			
(25) Type de vol envisagé :			
(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☐ Multipilote ☐			
(27) Consommez-vous de l'alcool ? Non ☒ Oui ☐ consommation journalière unités			
(28) Prenez-vous actuellement des médicaments ? Non ☒ Oui ☐ Nature et dose du médicament, depuis quand est-il pris et pourquoi :			
(29) Consommez-vous du tabac ? Non jamais ☒ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt : Oui ☐ 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
☐	☒	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	☐	☒	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	☐	☒
☒	☐	(113) Traumatismes crâniens ou commotion	☐	☒	(124) Test VIH positif	☐	☒
☐	☒	(114) Maux de tête fréquents ou graves	☐	☒	(125) Maladie sexuellement transmissible	☐	☒
☐	☒	(115) Accès de vertige/évanouissement	☐	☒	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	☐	☒
☐	☒	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	☐	☒	(127) Maladie musculaire ou squelettique	☐	☒
☐	☒	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	☐	☒	(128) Toute autre maladie ou blessure	☐	☒
☐	☒	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	☐	☒	(129) Hospitalisation	☐	☒
☐	☒	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	☐	☒	(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	☐	☒
☐	☒	(120) Tentative de suicide ou automutilation	☐	☒	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	☐	☒
☐	☒	(121) Mal des transports nécessitant médication	☐	☒	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	☐	☒
☐	☒	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	☐	☒	(133) Exempté 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 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 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 assessseurs médicaux des autorités compétentes des Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA MED 150 (c) (4).

Date : **03/03/2026**

Signature du demandeur :

FALL

Signature du médecin examinateur :

Dr Patrick COLE
Médecin Aeronautique
SN-MED-130
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 : FALL Prénoms : THERESE COUNBA Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 13/12/1982
Lieu de naissance : SOKONE

(201) Catégorie d'examen ☒ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 174 cm	(203) Poids 65 kg	(204) Yeux couleur Marr	(205) Cheveux couleur Marr	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 130 Diastolique 76	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 105 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

Jeune h3 ans PAC Arsenic 8A, VDL, Douce 2 enfants -
Dolore 20
Alcool 0
Sph 0
Dolore 2

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

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

Ceil droit sans correction	10/10	Corrigée à	
Ceil gauche sans correction	10/10	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction		Corrigée à	

(230) Vision Intermédiaire		sans correction		avec correction	
N14 lu à 100cm		Oui	Non	Oui	Non
Ceil droit		☒	☐	☒	☐
Ceil gauche		☒	☐	☒	☐
Vision binoculaire		☒	☐	☒	☐

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

(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact	
Oui ☒	Non ☐	Oui ☐	Non ☒
Type :		Type :	
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe
Ceil droit			Ajouter
Ceil gauche			

(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

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)	
(si 239/241 non réalisé)	
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	Oreille droite Oui ☒ Non ☐
	Oreille gauche Oui ☒ Non ☐

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

(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine	
VEMS/CV	%	Peak Flow (l/min)	(g/dl)
Normal ☐	Anormal ☐	Normal ☐	Anormal ☐

(248) Commentaires, limitations :
VRL.

(235) Analyse d'urine

Normale ☐ Anormale ☐

Glucose Protéines Sang Autres

Rapports annexés	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	☒	03/07/16	☒	☐
(239) Audiogramme	☒	03/07/16	☒	☐
(240) Examen Ophtalmologique	☒	03/07/16	☒	☐
(241) Examen ORL	☒	03/07/16	☒	☐
(242) Lipides sanguins	☒	03/07/16	☒	☐
(243) Fonction respiratoire	☒	03/07/16	☒	☐
(320) Tonométrie G : D : mmHg				
(244) Divers(Sujet?) :				

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

Avis : Apt	Nom : Dr Patrick CORREA Médecin Aeronautique SN-MED-004 DGAC N°2857 - FAA-00773
Signature :	

(247) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

☐ APTÉ pour la classe :
☐ certificat médical délivré par le soussigné (copie jointe) pour la classe :
☐ INAPTE pour la classe :
☐ Remis pour une évaluation complémentaire, dans l'affirmative, indiquer : le destinataire : le motif :

➤ Renvoi/concertation
Si une décision a été prise antérieurement par l'autorité en inscrire ici les références et le libellé complet et les reporter sur le certificat d'aptitude remis au candidat.
Décision N° du
Libellé :

Champ d'application du certificat	CLASSE 1	CLASSE 2	LAPL	PNC/CCA
☐	☐	☐	☐	☐

(249) Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

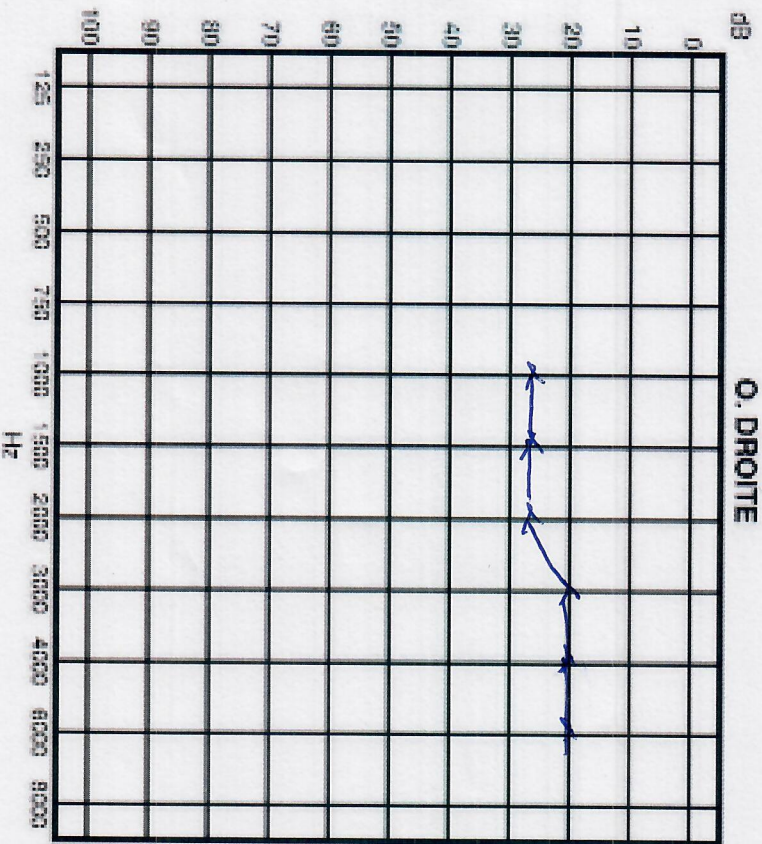
Je soussigné certifie que j'ai personnellement examiné (ou que mon groupe de médecins-conseils agréés a examiné) le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent nos constatations d'une manière complète.

(250) date : 07-07-2016	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 Aeronautique SN-MED-004 DGAC N°2857 - FAA-00773
et lieu :	Fax : E-mail :	Numéro d'AME :

AUDIOGRAMME

Date : 03/03/2026
Nom : FALL
Prénom : THERÈSE COUÏBA
Date de Naissance : 19/12/1982

O. DROITE



O. GAUCHE

