

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 : <i>Marone</i>		(4) Nom de naissance																																																																																																																																																									
(5) Prénom(s) : <i>Souleymane</i>		(6) Date de naissance <i>19.11.89</i>	(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																								
(8) Lieu et pays de naissance : <i>Dakar</i>		(9) Nationalité :																																																																																																																																																									
(10) Adresse permanente :		(11) Adresse postale : (si différente)																																																																																																																																																									
Pays : <i>Senegal</i> N° de téléphone : <i>774776575</i> Courriel : <i>tonema47@gmail.com</i>		Pays : N° de téléphone :																																																																																																																																																									
(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 <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu: Détails :																																																																																																																																																											
(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 :																																																																																																																																																											
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> consommation journalière unités																																																																																																																																																											
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt : Oui <input checked="" type="checkbox"/> type et quantité : <i>Marlboro 5 à 10 par jour</i>																																																																																																																																																											
<p>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 »</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> <th>Oui</th> <th>Non</th> <th>Oui</th> <th>Non</th> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2">Antécédents familiaux</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>(120) Affection cardiaque</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>(121) Hypertension artérielle</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>(122) Taux élevé de cholestérol</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>(123) Epilepsie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>(124) Maladie mentale/suicide</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>(125) Diabète</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>(126) Tuberculose</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>(127) Allergie/asthme/eczéma</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>(128) Maladie héréditaire</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>(129) Glaucom</td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="text-align: center;">A remplir uniquement pour les femmes</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>(130) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>(131) Exempté ou réformé du service national pour motif médical</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>(132) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>(133) Etes-vous enceinte ?</td> </tr> </tbody> </table>				Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antécédents familiaux		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(120) Affection cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(121) Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(122) Taux élevé de cholestérol	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(123) Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(124) Maladie mentale/suicide	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(125) Diabète	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(126) Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(127) Allergie/asthme/eczéma	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(128) Maladie héréditaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(129) Glaucom	A remplir uniquement pour les femmes								<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(130) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(131) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(132) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(133) Etes-vous enceinte ?																																																																														
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non																																																																																																																																																				
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antécédents familiaux																																																																																																																																																			
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(120) Affection cardiaque																																																																																																																																																			
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(121) Hypertension artérielle																																																																																																																																																			
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(122) Taux élevé de cholestérol																																																																																																																																																			
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(123) Epilepsie																																																																																																																																																			
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(124) Maladie mentale/suicide																																																																																																																																																			
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(125) Diabète																																																																																																																																																			
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(126) Tuberculose																																																																																																																																																			
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(127) Allergie/asthme/eczéma																																																																																																																																																			
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(128) Maladie héréditaire																																																																																																																																																			
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(129) Glaucom																																																																																																																																																			
A remplir uniquement pour les femmes																																																																																																																																																											
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(130) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation																																																																																																																																																			
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(131) Exempté ou réformé du service national pour motif médical																																																																																																																																																			
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(132) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie																																																																																																																																																			
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(133) Etes-vous enceinte ?																																																																																																																																																			
(30) Remarques : <i>POQ: Allergies : urticaire - On m'a diagnostiqué un goitre en 2014 130. Groupe</i>																																																																																																																																																											

(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 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 deviennent et resteront la propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que moi-même ou mon médecin puise 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'ARAMED.130 peuvent être stockées électroniquement et mis à la disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MFD.A.035 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des États membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (e) (4).

Date : *07.11.25*

Signature du demandeur : *[Signature]*

Signature du médecin examinateur :

*DR PATRICK CORREA*  
Santé aéronautique  
DGAC N°385

**RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL**  
(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)  
POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - **SECRET MEDICAL**

NOM : Nanou		Prénoms : Souleymane		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 13-11-89	
				Lieu de naissance : Dakar, Sénégal	
(201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 183 cm	(203) Poids 83 kg	(204) Yeux couleur Marron	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 124 Diastolique 87
					(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 93

**Examen clinique : Cochez chaque item**

	normal	anormal		normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input type="checkbox"/>	<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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire					

PNC Air Sénégal SA, 36 → Célibataire sans enfant  
Tabac = 10/5  
Alcool = occasionnel  
Sport = fréquent  
Dolch = 0

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

(229) (de loin à 5m/6m en <b>dixième</b> )	Lunettes/Contact	
Œil droit sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>	Corrigée à
Œil gauche sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>	Corrigée à
Vision binoculaire, sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>	Corrigée à

**(230) Vision Intermédiaire**

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

**(231) de près**

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

**(232) Lunettes**

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

**(313) Perception des couleurs**

Tables pseudo-isochromatiques	Normale <input type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>
Type I S H I H A R A		

Nombre de tables présentées 20

Nombre d'erreurs 3

**(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)**

(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"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>
Non <input 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**

VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)	(237) Hémoglobine (g/dl)
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>

**(248) Commentaires, limitations :**

(242) GAT = 1h4++ Bilan Hypothèque = RAS.

Apté PNE → 07-11-2027

**(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 :

et lieu:

13-11-2025

Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé:

Fax:

Telephone:

E-mail:

Dr Patrick CORREA  
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°3851-FAA-00773  
Réf Rapport examen médical 03.09.2019

Datt. 07-11-89

Datt.

Flavone

Spec.

Prénom. Souleymane

Nom de Naissance

13-11-89

## AUDIOGRAMME

O. DROITE



O. GAUCHE

