

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:																																																																																																																																																																																																																							
PORTUGAL		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input checked="" type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																							
(3) Nom : SEYE		(4) Nom de naissance																																																																																																																																																																																																																							
(5) Prénom(s) : BINETA SEYNI		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 25/03/1983 (7) Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input checked="" type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																							
(8) Lieu et pays de naissance : Dakar / Sénégal		(9) Nationalité : Sénégalaise																																																																																																																																																																																																																							
(10) Adresse permanente : N°68- MNADIES Zone 4 lot 3 Pays : Sénégal N° de téléphone : 75573445 Courriel : bineta.seye@airsenegal.com		(11) Adresse postale : (si différente) Pays : N° de téléphone :																																																																																																																																																																																																																							
(18) Licence(s) de vol possédée(s)		types	Numéro de licence																																																																																																																																																																																																																						
		PNC	PT2021 CC 0978 Portugal																																																																																																																																																																																																																						
(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 checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités																																																																																																																																																																																																																									
(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 »																																																																																																																																																																																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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> </tr> <tr> <td colspan="2">(101) Maladie ou opération oculaire</td> <td colspan="2">(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage</td> <td colspan="2">(123) Paludisme, autre maladie tropicale</td> <td colspan="2">(170) Affection cardiaque</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact</td> <td colspan="2">(113) Traumatismes crânien ou commotion</td> <td colspan="2">(124) Test VIH positif</td> <td colspan="2">(171) Hypertension artérielle</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen</td> <td colspan="2">(114) Maux de tête fréquents ou graves</td> <td colspan="2">(125) Maladie sexuellement transmissible</td> <td colspan="2">(172) Taux élevé de cholestérol</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">(104) Allergie ou rhume des foins</td> <td colspan="2">(115) Accès de vertige/évanouissement</td> <td colspan="2">(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil</td> <td colspan="2">(173) Epilepsie</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">(105) Asthme ou maladie pulmonaire</td> <td colspan="2">(116) Perte de conscience quel que soit le motif</td> <td colspan="2">(127) Maladie musculaire ou squelettique</td> <td colspan="2">(174) Maladie mentale/suicide</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux</td> <td colspan="2">(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...</td> <td colspan="2">(128) Toute autre maladie ou blessure</td> <td colspan="2">(175) Diabète</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">(107) Tension artérielle élevée ou basse</td> <td colspan="2">(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature</td> <td colspan="2">(129) Hospitalisation</td> <td colspan="2">(176) Tuberculose</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">(108) Calcul rénal ou sang dans les urines</td> <td colspan="2">(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue</td> <td colspan="2">(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical</td> <td colspan="2">(177) Allergie/asthme/eczéma</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">(109) Diabète ou désordre hormonal</td> <td colspan="2">(120) Tentative de suicide ou automutilation</td> <td colspan="2">(131) Assurance vie refusée pour motif médical</td> <td colspan="2">(178) Maladie héréditaire</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins</td> <td colspan="2">(121) Mal des transports nécessitant médication</td> <td colspan="2">(132) Refus de licence de vol pour motif médical</td> <td colspan="2">(179) Glaucome</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">(111) Surdité ou maladie des oreilles</td> <td colspan="2">(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines</td> <td colspan="2">(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical</td> <td colspan="2">(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="text-align: center;">À remplir uniquement pour les femmes</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(112) Maladie(s) gynécologique, problèmes de menstruation</td> <td colspan="2">(113) Exempté ou réformé du service national pour motif médical</td> <td colspan="2">(114) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie</td> <td colspan="2">(115) Etes-vous enceinte ?</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(101) Maladie ou opération oculaire		(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage		(123) Paludisme, autre maladie tropicale		(170) Affection cardiaque		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		(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		(171) Hypertension artérielle		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<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		(172) Taux élevé de cholestérol		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		(104) Allergie ou rhume des foins		(115) Accès de vertige/évanouissement		(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil		(173) Epilepsie		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		(105) Asthme ou maladie pulmonaire		(116) Perte de conscience quel que soit le motif		(127) Maladie musculaire ou squelettique		(174) Maladie mentale/suicide		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux		(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...		(128) Toute autre maladie ou blessure		(175) Diabète		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		(107) Tension artérielle élevée ou basse		(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature		(129) Hospitalisation		(176) Tuberculose		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input 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		(177) Allergie/asthme/eczéma		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		(109) Diabète ou désordre hormonal		(120) Tentative de suicide ou automutilation		(131) Assurance vie refusée pour motif médical		(178) Maladie héréditaire		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input 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		(179) Glaucome		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		(111) Surdité ou maladie des oreilles		(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines		(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical		(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		À remplir uniquement pour les femmes								(112) Maladie(s) gynécologique, problèmes de menstruation		(113) Exempté ou réformé du service national pour motif médical		(114) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie		(115) Etes-vous enceinte ?		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non																																																																																																																																																																																																																		
<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"/>																																																																																																																																																																																																																		
(101) Maladie ou opération oculaire		(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage		(123) Paludisme, autre maladie tropicale		(170) Affection cardiaque																																																																																																																																																																																																																			
<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																			
(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		(171) Hypertension artérielle																																																																																																																																																																																																																			
<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<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		(172) Taux élevé de cholestérol																																																																																																																																																																																																																			
<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																			
(104) Allergie ou rhume des foins		(115) Accès de vertige/évanouissement		(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil		(173) Epilepsie																																																																																																																																																																																																																			
<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																			
(105) Asthme ou maladie pulmonaire		(116) Perte de conscience quel que soit le motif		(127) Maladie musculaire ou squelettique		(174) Maladie mentale/suicide																																																																																																																																																																																																																			
<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																			
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux		(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...		(128) Toute autre maladie ou blessure		(175) Diabète																																																																																																																																																																																																																			
<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																			
(107) Tension artérielle élevée ou basse		(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature		(129) Hospitalisation		(176) Tuberculose																																																																																																																																																																																																																			
<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input 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		(177) Allergie/asthme/eczéma																																																																																																																																																																																																																			
<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																			
(109) Diabète ou désordre hormonal		(120) Tentative de suicide ou automutilation		(131) Assurance vie refusée pour motif médical		(178) Maladie héréditaire																																																																																																																																																																																																																			
<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input 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		(179) Glaucome																																																																																																																																																																																																																			
<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																			
(111) Surdité ou maladie des oreilles		(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines		(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical		(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation																																																																																																																																																																																																																			
<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																			
À remplir uniquement pour les femmes																																																																																																																																																																																																																									
(112) Maladie(s) gynécologique, problèmes de menstruation		(113) Exempté ou réformé du service national pour motif médical		(114) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie		(115) Etes-vous enceinte ?																																																																																																																																																																																																																			
<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																			
(30) Remarques : <i>101-102 : Corrige Rayonni 103-104 : Allergie au latex 105-106 : ATCD hypertension</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 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 deviendront et resteront la propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que moi-même ou un autre 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) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date :

14/08/2025

Signature du demandeur :



Signature du médecin examinateur :


Dr Patrick AREA
Médecin évaluateur
AM-MED-004
DOC 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 : SEYE	Prénoms : Bintela Seyni	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 25/03/1983				
(201) Catégorie d'examen	(202) Taille	(203) Poids	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg	(207) Pouls au repos
<input type="checkbox"/> Initial	176 cm	90 kg	Noir	Noir	Systolique 97	Diastolique 66
<input type="checkbox"/> Prorogation			<input type="checkbox"/> Renouvellement	<input type="checkbox"/> Recours spécial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 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 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 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 Ann Sénégal SA, 62ans, 1 enfant, ATCD Hypothyroïdie et césarienne(226)

Allergie médicamenteuse, VDL, 1 - bolgèse (223)

Tobac 20
Alcool 20
Spv 20
Ridur 0

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

Œil droit sans correction	Corrigée à 10
Œil gauche sans correction	Corrigée à 10
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à 10

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

(231) de près	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
N5 lu à 30 - 50cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input 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 checked="" type="checkbox"/>
Type :	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	Nombre d'erreurs
	20	0		

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

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

(236) Fonction respiratoire	(237) Hémoglobine			
	VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)	57 (g/dl)	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>

(248) Commentaires, limitations :

Altitude Temporaire un (01) an -
Ctrl Bucal à la prochaine visite
Apte Free → 14-08-2026

(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 : **14-08-2025**

Nom et adresse du médecin-chef : **DR PATRICK CORREA**

3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

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

PAYS DE DELIVRANCE/STATE OF ISSUE : France
Direction Générale de l'Aviation Civile - French CAA

**RAPPORT MEDICAL DE MEMBRE D'EQUIPAGE DE CABINE pour le Candidat /
 titulaire d'une ATTESTATION de MEMBRE d'EQUIPAGE de CABINE (CCA)
 CABIN CREW MEDICAL REPORT for Applicant / holder of a CABIN CREW
 ATTESTATION (CCA)**

(I) Etat dans lequel l'examen médical du candidat/titulaire du CCA a été réalisé (The state where the aero-medical assessment of the CCA applicant /holder was conducted):

SENEGAL

(III) Numéro de référence de l'attestation de MEMBRE d'EQUIPAGE de CABINE (Cabin crew attestation reference number (CCA)): **PT2021-CC-09722**

(IV) Nom et prénom du candidat/titulaire du CCA (Last and first name of the CCA applicant /holder):

SEYE BINETA SEYNI

(XIV) Date de naissance du candidat/titulaire du CCA (jj/mm/aaaa) :
 (Date of birth of the CCA applicant/holder (dd/mm/yyyy)): **25/03/1983**

(VI) : Nationalité du candidat/titulaire du CCA:
 (Nationality of the CCA applicant/holder): **SENEGALAISE**

(VII) : Signature du candidat/titulaire du CCA:
 (Signature of the CCA applicant/holder):

(II) Résultat de l'évaluation aéro-médicale:

(Aero-medical assessment result): **APTE / FIT** **INAPTE / UNFIT**

(XII) Restriction(s) si applicable (Limitation(s) if applicable):

Code(s)/Code(s): **Description(s)/Description(s):**

- VDL
- TML
- 1 AN
-

Date de fin de validité du précédent rapport médical (CCA) (jj/mm/aaaa):
 (Expiry date of the previous cabin crew medical report (dd/mm/yyyy)): **26/02/25**

Date de l'examen aéro-médical (jj/mm/aaaa):
 (Date of aero-medical assessment (dd/mm/yyyy)): **14/08/2025**

Et nom du médecin (AeMC ou AME):

(And name of the medical officer (AeMC or AME)):

CORREA PATRICK

(IX) Date de fin de validité de ce rapport médical (jj/mm/aaaa):
 (Expiry date of this medical report (dd/mm/yyyy)): **14/08/2026**

(X) Date de délivrance (jj/mm/aaaa) nom et
 signature de l'AeMC ou AME ou de l'autorité:
 (Date of issue (dd/mm/yyyy) name and
 signature of the AeMC or AME or authority):

14/08/2025

(XI) Sceau ou cachet de l'AeMC ou de l'AME ou de l'autorité:
 (Seal or stamp of the AeMC or AME or authority):

