

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL
POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence : PORTUGAL		(13) N° référence:	
(3) Nom : PATINVOH		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input checked="" type="checkbox"/>	
(5) Prénom(s) : SANDRINE AURISE		(4) Nom de naissance 1962-178	
(8) Lieu et pays de naissance : Dakar		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 1962-178	
(10) Adresse permanente : Rue Massar		(7) Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input checked="" type="checkbox"/>	
Pays : N° de téléphone : Courriel :		(9) Nationalité : SENEGALAISE	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types		(11) Adresse postale : (si différente) Pays : N° de téléphone :	
		(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input type="checkbox"/> renouvellement/prorogation	
(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 : Détails :		(14) Type de licence désirée :	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Détails :		(15) Profession (principale) :	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		(16) Employeur : AIR SENEGAL	
(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 :		(17) Dernier examen médical : Date : 26/02/20 Lieu : Portugal	
(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :			
(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) :			
(25) Type de vol envisagé :			
(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input type="checkbox"/>			
(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 »

(101) Maladie ou opération oculaire	Oui	Non	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	Oui	Non	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	Oui	Non	Antécédents familiaux		
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input 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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(113) Traumatismes crânien ou commotion	<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"/>	(114) Maux de tête fréquents ou graves	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(125) Maladie sexuellement transmissible	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(171) Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(104) Allergie ou rhume des foins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(115) Accès de vertige/évanouissement	<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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	<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"/>	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	<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"/>	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	<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"/>	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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"/>	(120) Tentative de suicide ou automutilation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(177) Allergic/asthme/eczéma	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(121) Mal des transports nécessitant médication	<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) Surdit ou maladie des oreilles	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(179) Glaucome	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

(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 refuser 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. 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 mon médecin puissent 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.190 peuvent être stockées électroniquement et mises à disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MEDA 035 (b) (2) (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 : **22-07-25**

Signature du demandeur : **Patino**

Signature du médecin examinateur :

Dr Patrick CORREA
Médecin Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-0077

Ref Formulaire pour demande de certificat médical (v1) du 02/08/2019

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - **SECRET MEDICAL**

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : **PATIN VOH** Prénoms : **SANDRINE AURISE** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **20-12-78**
 Lieu de naissance : **Dakar**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 175 cm	(203) Poids 84 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 111	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 82
--	-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	--	--

Examen clinique : Cochez chaque item

(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	normal <input checked="" type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	normal <input checked="" type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	normal <input type="checkbox"/>	anormal <input checked="" type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	normal <input checked="" type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	normal <input type="checkbox"/>	anormal <input checked="" type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	normal <input checked="" type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	normal <input checked="" type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	normal <input checked="" type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>
(212) Yeux - orbites et annexes, champs visuels	normal <input checked="" type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	normal <input checked="" type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	normal <input checked="" type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	normal <input checked="" type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	normal <input type="checkbox"/>	anormal <input checked="" type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	normal <input checked="" type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	normal <input checked="" type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	normal <input checked="" type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>
(216) Cœur	normal <input checked="" type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	normal <input checked="" type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	normal <input checked="" type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	(227) Etat général	normal <input checked="" type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>
(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire	PNC <i>air Sénégal SA, 1/25, divorce, 3 enfants</i> Allergie ORL - Stress - <i>Prurit des cheveux</i> Tobac = 0 Régl + Oxygat - Insolubilité <i>5d Grippe en cours - 100 heures</i> Alcool = 0 <i>3/ Hospitalisation - Neurodrome</i> Sport = 0 <i>sous anesthésie</i> → IR x préanesthésie				

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 NP	
Œil gauche sans correction	Corrigée à NP	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à NP	

(230) Vision Intermédiaire

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

(231) de près

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

(232) Lunettes

Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
---	------------------------------

(233) Lentilles de contact

Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>
------------------------------	---

Type : **Réfraction**

Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
------------------------------	------------------------------

(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 **20** Nombre d'erreurs **3**

(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'examinateur	Oreille droite <input checked="" type="checkbox"/>	Oreille gauche <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" 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"/>	Anormal <input type="checkbox"/>

(248) Commentaires, limitations : **Inapte - Préférence goutte entre logie pour deux - Gfe = 1,95**

(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 : Nom et adresse du médecin-chef

<p>(249) Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé</p> <p>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.</p>		
<p>(250) date : et lieu:</p> <p><i>05-05-2025</i></p>	<p>Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé: Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL</p> <p>Fax:</p> <p>Telephone: E-mail:</p>	<p>Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature: <i>Dr Patrick CORREA Médecin Aéronautique SN-AE-MED-004 05-05-2025 - FAA-00731</i></p> <p>Numéro d'AME:</p>

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-09730**

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

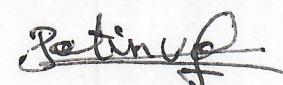
PATINVOH SANDRINE AURISE

(XIV) Date de naissance du candidat/titulaire du CCA (jj/mm/aaaa) :
(Date of birth of the CCA applicant/holder (dd/mm/yyyy)): **20/12/1978**

(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):

- TML
- 2 MOIS
-
-

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)): **22/07/2025**

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)): **22/09/2025**

(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):

