

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

(1) Pays de délivrance de licence : SENEGAL		(13) N° référence:	
(3) Nom : SANBE		(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) : ANINATA		(4) Nom de naissance ANINATA SANBE	
(8) Lieu et pays de naissance : DAKAR / SENEGAL		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 22/04/89	
(10) Adresse permanente : YOGUE NDEGAGUE Pays : N° de téléphone : Courriel : 771560253		(7) Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input checked="" type="checkbox"/>	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types		(9) Nationalité : Sénégalaise	
		(11) Adresse postale : (si différente)	
		Pays : SENEGAL N° de téléphone : 771560253	
(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) : PNC	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		(16) Employeur : Air Sénégal	
(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 : 11/04/2022 Lieu : Dakar	
(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" 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 checked="" 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). Détailliez dans la rubrique « (30) remarques »

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		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(113) Traumatismes crânien ou commotion		(124) Test VIH positif		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(114) Maux de tête fréquents ou graves		(125) Maladie sexuellement transmissible		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(115) Accès de vertige/évanouissement		(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(116) Perte de conscience quel que soit le motif		(127) Maladie musculaire ou squelettique		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(117) Affection neurologique : AVC, epilepsie, convulsions, paralysie, etc...		(128) Toute autre maladie ou blessure		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature		(129) Hospitalisation		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue		(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(120) Tentative de suicide ou automutilation		(131) Assurance vie refusée pour motif médical		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(121) Mal des transports nécessitant médication		(132) Refus de licence de vol pour motif médical		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines		(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(123) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie		(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
À remplir uniquement pour les femmes							
(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation							
(151) Etes-vous enceinte ?							

(30) Remarques :

*102 : sinus tis allergique
107 : tendance hypotension*

(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 deviendront et 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 sera respecté à tout moment. 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 Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date : **31/07/2025**

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

Dr PATRICK CORREA
Médecin Aéronautique
REF 001
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 : SANDE	Prénoms : ANINATA	Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 22/04/188				
(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	187 cm	81 kg	noir	noir	Systolique 113	Diastolique 84
<input type="checkbox"/> Prorogation					Pulsations (bpm) 72	Rythme <input type="checkbox"/> régulier <input checked="" type="checkbox"/> irrégulier
<input type="checkbox"/> Renouvellement						
<input type="checkbox"/> Recours spécial						

Examen clinique : Cochez chaque item

	normal	anormal		normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympan, compliance tympanique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire					

PMC Nom Benoit SA, Née le 3 mois, allaitant en cours
Sinusitis allergique, Température 38.5°C, Spéciale = 0, Pectus = 0.

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

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

Oeil droit sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>	Corrigée à	
Oeil gauche sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction		Corrigée à	

(230) Vision Intermédiaire sans correction avec correction

N14 lu à 100cm

Oeil droit	Oui	Non	Oui	Non
Oeil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N5 lu à 30 - 50cm

Oeil droit	Oui	Non	Oui	Non
Oeil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(231) de près sans correction avec correction

N5 lu à 30 - 50cm

Oeil droit	Oui	Non	Oui	Non
Oeil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(232) Lunettes Oui Non (233) Lentilles de contact Oui Non

Type : Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter

Oeil droit

Oeil gauche

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Type I SHIHARA

Nombre de tables présentées 20 Nombre d'erreurs 0

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis) (si 239/241 non réalisé)

Oreille droite	Oreille droite	Oreille gauche
Oreille droite	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>
Oreille gauche	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)	Hb (g/dl)
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	9.2 (g/dl)

(248) Commentaires, limitations :

Gc = 8.8

(235) Analyse d'urine

Glucose <input checked="" type="checkbox"/>	Protéines <input checked="" type="checkbox"/>	Sang <input type="checkbox"/>	Autres
---	---	-------------------------------	--------

Rapports annexés

Non réalisé	Date 31/07/2017	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophthalmologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Fonction respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(320) Tonométrie G : D : mmHg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(244) Divers(Sujet?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Avis :

Nom : Dr Patrick CORREA

Signature : Médecine Aéronautique

SM MED-004

DGAC N°3857 - FAA-00773

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

APTE 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 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 : 05-08-2017

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
Médecine Aéronautique
SM MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773

Numéro d'AME: 31-07-2017

**RAPPORT MEDICAL DE MEMBRE D'EQUIPAGE DE CABINE
CABIN CREW MEDICAL REPORT**

Nom et prénom du détenteur / Last and first name of holder

AMINATA SAMBE

Date et lieu de naissance / Date and place of birth :

21/04/1989

à Dakar

Nationalité / Nationality :

SENEGALAISE

Evaluation médicale / Medical assessment : APTE / FIT INAPTE / UNFIT

Restriction(s) / Limitation(s) :

/

Date de fin de validité du précédent certificat:

Expiry date of the previous assessment

/

Date de l'examen médical / Date of the aero-medical assessment:

11/04/2022

Date de fin de validité / validity expiry date :

11/04/2024

Signature du titulaire / Signature of applicant/holder :

S/

Date de délivrance et signature du médecin responsable
Date of issue and signature of issuing medical officer

Le 14/04/2022

/

Dr Patrick CORREA
Medecine Aeronautique
MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N°3857 - FAA-00773

Pays de délivrance / State of issue : FRANCE



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)): CY - 22 - 0098

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

SAMBE AMINATA

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

22/04/1989

(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):

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)):

11/04/24

Date de l'examen aéro-médical (jj/mm/aaaa):

(Date of aero-medical assessment (dd/mm/yyyy)):

31/07/2025

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)):

31/07/2027

(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):

05/08/2025

(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):

Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FA4-60773