

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

|                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) Pays de délivrance de licence :                                                                                                                                                                                                             |  | (13) N° référence:                                                                                                                                                                         |                                                                                                                         |
| (3) Nom : <b>SAMB</b>                                                                                                                                                                                                                           |  | (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"/> |                                                                                                                         |
| (5) Prénom(s) : <b>ALIOUNE</b>                                                                                                                                                                                                                  |  | (4) Nom de naissance                                                                                                                                                                       | (12) Genre sollicité <input checked="" type="checkbox"/> initial<br><input type="checkbox"/> renouvellement/prorogation |
| (6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : <b>05/02/1977</b>                                                                                                                                                                                          |  | (7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>                                                                                                   | (14) Type de licence désirée :                                                                                          |
| (8) Lieu et pays de naissance : <b>ZIGUINCHOR / SÉNÉGAL</b>                                                                                                                                                                                     |  | (15) Profession (principale) : <b>PNC</b>                                                                                                                                                  |                                                                                                                         |
| (10) Adresse permanente : <b>CITE ALOMA TINO,<br/>PATE D'OR - DAKAR</b><br>Pays : <b>SÉNÉGAL</b><br>N° de téléphone : <b>776404507</b><br>Courriel : <b>alioune.samb@airsepal.ssa.sn</b>                                                        |  | (16) Employeur : <b>AIR SÉNÉGAL</b>                                                                                                                                                        |                                                                                                                         |
| (18) Licence(s) de vol possédée(s)<br>types Numéro de licence Pays de délivrance                                                                                                                                                                |  | (17) Dernier examen médical :<br>Date :<br>Lieu :                                                                                                                                          |                                                                                                                         |
| (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 ?<br>Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu : |  | (19) Conditions, limitations du certificat médical:<br>Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :                                                                 |                                                                                                                         |
| (24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ?<br>Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :                                                                    |  | (21) Nombre total d'heures de vol : (22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :                                                                                         |                                                                                                                         |
| (27) Consommez-vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités                                                                                                          |  | (23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :                                                                                                                                    |                                                                                                                         |
| (29) Consommez-vous du tabac ?<br>Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt :<br>Oui <input type="checkbox"/> type et quantité :                                                 |  | (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"/><br>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 »

| 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"/> | <b>Antécédents familiaux</b>                                |                          |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (170) Affection cardiaque                                   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (171) Hypertension artérielle                               | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (172) Taux élevé de cholestérol                             | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (173) Epilepsie                                             | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (174) Maladie mentale/suicide                               | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (175) Diabète                                               | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (176) Tuberculose                                           | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (177) Allergie/asthme/eczéma                                | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (178) Maladie héréditaire                                   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (179) Glaucome                                              | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <b>A remplir uniquement pour les femmes</b>                 |                          |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (151) Etes-vous enceinte ?                                  | <input 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 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 médicale ou dans le cadre d'un recours. En reconnaissant que ces documents ou données stockées électroniquement doivent être utilisés pour compléter une évaluation médicale et deviendront et resteront la propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès conformément à la législation nationale. Le secret médical sera respecté à tout moment. NOTIFICATION DE DIVULGATION DE 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.130 peuvent être stockées électroniquement et mises à la disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MED.A.035 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des États membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date :

02/03/2026

Signature du demandeur :

*[Signature]*

Signature du médecin examinateur :

**DR. P. CORREA**  
Médecin Aéro-nautique  
S.N. MED-004  
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 : <b>SANB</b>                                                                                                                                                                                      |                               | Prénoms : <b>Alidou</b>      |                                  | Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : <b>05/02/1979</b> |                                                                                      | Lieu de naissance : <b>Ziguinchor</b> |                                                                                                                                            |
| (201) Catégorie d'examen<br><input checked="" type="checkbox"/> Initial<br><input type="checkbox"/> Prorogation<br><input type="checkbox"/> Renouvellement<br><input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille<br><b>187</b> cm | (203) Poids<br><b>106</b> kg | (204) Yeux couleur<br><b>Nbr</b> | (205) Cheveux couleur<br><b>Nbr</b>                | (206) Tension artérielle (assis) mmHg<br>Systolique <b>140</b> Diastolique <b>85</b> |                                       | (207) Pouls au repos<br>Pulsations (bpm) <b>69</b> Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> irrégulier |

| 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"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (209) Cavité bucale, gorge, dents              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         | (219) Anus, rectum (si nécessaire)                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (210) Nez, sinus                               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         | (220) système génito-urinaire                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (211) Oreilles, tympans, compliance tympanique | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         | (221) Système endocrinien, thyroïde                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input 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"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (213) Yeux - pupilles                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         | (223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         | (224) Examen neurologique- réflexes etc                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (215) Poumons, thorax, seins                   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         | (225) Psychiatrie                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (216) Cœur                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         | (226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| (217) Système vasculaire                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         | (227) Etat général                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire  
**Homme, PNC Air Senegal, 49 ans, marié, 4 enfants**  
**Tabac = 0**  
**Alcool = 0**  
**Spunk + 11 det = 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           | <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 |                                     | sans correction                     |                          | avec correction                     |                          |
|----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| N14 lu à 100cm             |                                     | Oui                                 | Non                      | Oui                                 | Non                      |
| Œil droit                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Œil gauche                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vision binoculaire         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| (231) de près      |                                     | sans correction                     |                          | avec correction                     |                          |
|--------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| N5 lu à 30 - 50cm  |                                     | Oui                                 | Non                      | Oui                                 | Non                      |
| Œil droit          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Œil gauche         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vision binoculaire | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| (232) Lunettes                                                       |                                                                      | (233) Lentilles de contact                                           |                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> |
| Type :                                                               | Type :                                                               | 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 <b>20</b> | Nombre d'erreurs <b>0</b> |                                  |                                   |

| (234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)         |                                                                      | 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"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input checked="" 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)                                                | (g/dl)                                                                      |
| Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> |   | Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> | Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> |

(248) Commentaires, limitations :  
**Gly = 100**  
**Gly = 1.54**

**APTE pour la classe :**  
☒ **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/CA ☒

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

|                                   |                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (250) date :<br><b>03-03-2026</b> | Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé :<br><b>Dr Patrick CORREA</b><br>3, Av. des Ambassades<br>DAKAR SENEGAL | Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature :<br><b>Dr Patrick CORREA</b><br>Médecine Aeronautique<br>SN-MED-004<br>DGAC N°3857 - FAA-00773 |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

et lieu :  
 Téléphone :  
 E-mail :  
 Numéro d'AME :  
 Réf Rapport examen médical 03.09.2019

Date : 02/03/2026

Nom : SAMB

Prénom : ALIOUNÉ

Date de Naissance : 05/02/1977 à Zchoa

# AUDIOGRAMME

  
Dr. Mick CORREA  
Médecin Aeronautique  
M.D. - M.E.D.-D.O.A.  
S.N. - M.E.D.-D.O.A.  
DGAC N°3857 - F.A.A. 00773

