

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

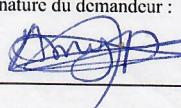
(1) Pays de délivrance de licence : PORTUGAL		(13) N° référence:																																																																																																																																																																																																																																									
(3) Nom : SIOP		(4) Nom de naissance																																																																																																																																																																																																																																									
(5) Prénom(s) : ANY DIENG		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 05/07/1989 (7) Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin																																																																																																																																																																																																																																									
(8) Lieu et pays de naissance :		(9) Nationalité : SENEGALAISE																																																																																																																																																																																																																																									
(10) Adresse permanente : SACRE COEUR 3 Pays : PORTUGAL N° de téléphone : 276711993 Courriel :		(11) Adresse postale : (si différente) Pays : PORTUGAL N° de téléphone :																																																																																																																																																																																																																																									
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéro de licence Pays de délivrance CASA PI 190930 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 :																																																																																																																																																																																																																																											
<p>Antécédents généraux et médicaux : avez vous des antécédents connus d'une des maladies suivantes ? A chaque question répondez en cochant OUI ou NON (ou selon ce qui est indiqué). Détaillez dans la rubrique « (30) remarques »</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> <th>Oui</th> <th>Non</th> <th>Oui</th> <th>Non</th> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4">(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage</td> <td colspan="4">(123) Paludisme, autre maladie tropicale</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="4"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="4"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4">(113) Traumatismes crânien ou commotion</td> <td colspan="4">(124) Test VIH positif</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="4"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="4"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4">(114) Maux de tête fréquents ou graves</td> <td colspan="4">(125) Maladie sexuellement transmissible</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="4"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4">(115) Accès de vertige/cyanosissement</td> <td colspan="4">(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="4"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4">(116) Perte de conscience quel que soit le motif</td> <td colspan="4">(127) Maladie musculaire ou squelettique</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="4"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4">(117) Affection neurologique : AVC, epilepsie, convulsions, paralysie, etc...</td> <td colspan="4">(128) Toute autre maladie ou blessure</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="4"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4">(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature</td> <td colspan="4">(129) Hospitalisation</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="4"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4">(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue</td> <td colspan="4">(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="4"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4">(120) Tentative de suicide ou automutilation</td> <td colspan="4">(131) Assurance vie refusée pour motif médical</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="4"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4">(121) Mal des transports nécessitant médication</td> <td colspan="4">(132) Refus de licence de vol pour motif médical</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="4"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4">(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines</td> <td colspan="4">(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="4"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4">(123) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie</td> <td colspan="4">(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="4"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="8"> <p>(30) Remarques :</p> <p>(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 deviennent et 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 mis 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 Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA MED.130 (c) (4)</p> </td> </tr> </tbody> </table>				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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(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"/>				(115) Accès de vertige/cyanosissement				(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil				<input type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>				(116) Perte de conscience quel que soit le motif				(127) Maladie musculaire ou squelettique				<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"/>				(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature				(129) Hospitalisation				<input type="checkbox"/>				<input checked="" 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"/>				(120) Tentative de suicide ou automutilation				(131) Assurance vie refusée pour motif médical				<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"/>				(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines				(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical				<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"/>				<p>(30) Remarques :</p> <p>(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 deviennent et 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 mis 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 Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA MED.130 (c) (4)</p>							
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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																				
(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"/>																																																																																																																																																																																																																																							
(115) Accès de vertige/cyanosissement				(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil																																																																																																																																																																																																																																							
<input type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																							
(116) Perte de conscience quel que soit le motif				(127) Maladie musculaire ou squelettique																																																																																																																																																																																																																																							
<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"/>																																																																																																																																																																																																																																							
(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature				(129) Hospitalisation																																																																																																																																																																																																																																							
<input type="checkbox"/>				<input checked="" 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"/>																																																																																																																																																																																																																																							
(120) Tentative de suicide ou automutilation				(131) Assurance vie refusée pour motif médical																																																																																																																																																																																																																																							
<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"/>																																																																																																																																																																																																																																							
(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines				(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical																																																																																																																																																																																																																																							
<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"/>																																																																																																																																																																																																																																							
<p>(30) Remarques :</p> <p>(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 deviennent et 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 mis 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 Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA MED.130 (c) (4)</p>																																																																																																																																																																																																																																											

(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 deviennent et 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 mis 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 Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA MED.130 (c) (4)

Date :

15/07/2025

Signature du demandeur :



Signature du médecin examinateur :

DR. J. CORREA
Médecin Aéronautique
SM-MED-004
DGAC-N-1057-FAA-00773

Ref Formulaire pour demande de certificat médical MED Decision 2019/002/N 03/09/2019

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

NOM : DIOP		Prénoms : ADY DIENG		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 05/07/1989					
(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 <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial		175 cm	77 kg	Norou	Nor	Systolique 111	Diastolique 65	Pulsations (bpm) 88	Rythme <input type="checkbox"/> régulier <input checked="" 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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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					

PNC Ainsenegal SA, 36 ans, celtibetan sans enfant chéloïde kouloul (218), Tabac = O Chicha +, Alcool = O Syst = O

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	Qui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<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	Qui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques	Type I S H I H A R A
Nombre de tables présentées 20	Nombre d'erreurs 0

(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	Oreille gauche
	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" 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)	11,8 (g/dl)
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

(248) Commentaires, limitations :

(235) Analyse d'urine		Normale <input checked="" type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>
Glucose	<input checked="" type="checkbox"/>	Protéines	<input checked="" type="checkbox"/>
Sang	<input checked="" type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>
Rapports annexés			
Non réalisé	Date 15/07/25	normal	anormal
(238) ECG		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophthalmologique		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Fonction respiratoire		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(320) Tonométrie G : D : mmHg		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(244) Divers(Sujet):		<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 : 
	Dr Patrick CORREA Médecine Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773

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

<input checked="" type="checkbox"/> APTE pour la classe:				
<input type="checkbox"/> certificat médical délivré par le soussigné (copie jointe) pour la classe:				
<input checked="" type="checkbox"/> INAPTE pour la classe :				
<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>	CLASSE 2 <input type="checkbox"/>	LAPL <input type="checkbox"/>	PNC/CCA <input type="checkbox"/>

(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 : 18-07-2025	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé: PATRICK CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature: 
et lieu:	Telephone: E-mail:	Numéro d'AME: 3857
Réf Rapport examen médical 03.09.2019		

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)): **PT-19-0230**

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

DIOP AMY DIENG

(XIV) Date de naissance du candidat/titulaire du CCA (jj/mm/aaaa) :
 (Date of birth of the CCA applicant/holder (dd/mm/yyyy)): **05/07/1989**

(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):**

- VDL

-

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)): **29/01/24**

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

(Date of aero-medical assessment (dd/mm/yyyy)): **15/07/2025**

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)): **15/07/2027**

(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):

18/07/2025

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

(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):