

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: PT 19 00221																																																																																																
(3) Nom : BA	(4) Nom de naissance BA																																																																																																
(5) Prénom(s) : FATOUMA A BINDI	(6) Date de naissance 31/12/1991																																																																																																
(8) Lieu et pays de naissance : SENEGAL	(7) Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input checked="" type="checkbox"/>																																																																																																
(10) Adresse permanente : Pays : Senegal N° de téléphone : 77 553 14 56 Courriel : Bintouba@ausenegal.sen	(9) Nationalité : SENEGAL																																																																																																
(11) Adresse postale : (si différente)	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation																																																																																																
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéro de licence Pays de délivrance	(14) Type de licence désirée : <input type="checkbox"/> Classe 1 <input type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA																																																																																																
(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> détails : 65 ans	(15) Profession (principale) : PNC																																																																																																
(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 : Lieu:	(16) Employeur : AIR Senegal																																																																																																
(21) Nombre total d'heures de vol :	(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :																																																																																																
(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 :	(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :																																																																																																
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités	(25) Type de vol envisagé :																																																																																																
(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 :	(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input type="checkbox"/> (28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi: Anti histaminique pour rhinite saisonnière à compléter fait le sens pendant 6 mois																																																																																																
Antécédents généraux et médicaux : avez vous des antécédents connus d'une des maladies suivantes ? A chaque question répondez en cochant OUI ou NON (ou selon ce qui est indiqué). Détaillez dans la rubrique « (30) remarques » <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; padding: 5px;">(101) Maladie ou opération oculaire</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">(123) Paludisme, autre maladie tropicale</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></th> <th style="text-align: right; padding: 5px;">Antécédents familiaux</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;">(113) Traumatismes crânien ou commotion</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;">(124) Test VIH positif</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">(170) Affection cardiaque</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;">(114) Maux de tête fréquents ou graves</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;">(125) Maladie sexuellement transmissible</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">(171) Hypertension artérielle</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">(104) Allergie ou rhume des foins</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;">(115) Accès de vertige/évanouissement</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;">(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">(172) Taux élevé de cholestérol</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">(105) Asthme ou maladie pulmonaire</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;">(116) Perte de conscience quel que soit le motif</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;">(127) Maladie musculaire ou squelettique</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">(173) Epilepsie</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;">(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;">(128) Toute autre maladie ou blessure</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">(174) Maladie mentale/suicide</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">(107) Tension artérielle élevée ou basse</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;">(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;">(129) Hospitalisation</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">(175) Diabète</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">(108) Calcul rénal ou sang dans les urines</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;">(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;">(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">(177) Allergie/asthme/eczéma</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">(109) Diabète ou désordre hormonal</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;">(120) Tentative de suicide ou automutilation</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;">(131) Assurance vie refusée pour motif médical</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">(178) Maladie héréditaire</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;">(121) Mal des transports nécessitant médication</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;">(132) Refus de licence de vol pour motif médical</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">(179) Glaucome</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">(111) Surdit ou maladie des oreilles</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;">(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px;">(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">A remplir uniquement pour les femmes</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">(30) Remarques :</td> <td colspan="6" style="padding: 5px;">(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation</td> </tr> </tbody> </table>		(101) Maladie ou opération oculaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	Antécédents familiaux	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(113) Traumatismes crânien ou commotion	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	(124) Test VIH positif	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(170) Affection cardiaque	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(114) Maux de tête fréquents ou graves	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	(125) Maladie sexuellement transmissible	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	(171) Hypertension artérielle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(104) Allergie ou rhume des foins	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	(115) Accès de vertige/évanouissement	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(172) Taux élevé de cholestérol	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(105) Asthme ou maladie pulmonaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(127) Maladie musculaire ou squelettique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(173) Epilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(128) Toute autre maladie ou blessure	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(174) Maladie mentale/suicide	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(107) Tension artérielle élevée ou basse	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(129) Hospitalisation	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(175) Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(177) Allergie/asthme/eczéma	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(109) Diabète ou désordre hormonal	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(120) Tentative de suicide ou automutilation	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(178) Maladie héréditaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(121) Mal des transports nécessitant médication	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(179) Glaucome	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(111) Surdit ou maladie des oreilles	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	A remplir uniquement pour les femmes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(30) Remarques :		(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation					
(101) Maladie ou opération oculaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	Antécédents familiaux	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>																																																																																										
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(113) Traumatismes crânien ou commotion	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	(124) Test VIH positif	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(170) Affection cardiaque	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>																																																																																										
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(114) Maux de tête fréquents ou graves	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	(125) Maladie sexuellement transmissible	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	(171) Hypertension artérielle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>																																																																																										
(104) Allergie ou rhume des foins	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	(115) Accès de vertige/évanouissement	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(172) Taux élevé de cholestérol	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>																																																																																										
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(127) Maladie musculaire ou squelettique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(173) Epilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>																																																																																										
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(128) Toute autre maladie ou blessure	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(174) Maladie mentale/suicide	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>																																																																																										
(107) Tension artérielle élevée ou basse	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(129) Hospitalisation	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(175) Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>																																																																																										
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(177) Allergie/asthme/eczéma	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>																																																																																										
(109) Diabète ou désordre hormonal	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(120) Tentative de suicide ou automutilation	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(178) Maladie héréditaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>																																																																																										
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(121) Mal des transports nécessitant médication	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(179) Glaucome	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>																																																																																										
(111) Surdit ou maladie des oreilles	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	A remplir uniquement pour les femmes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>																																																																																										
(30) Remarques :		(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation																																																																																															

(31) Déclaration : Je soussigné(e), declare 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 et international. Je déclare que je suis titulaire d'un certificat médical délivré par une autorité compétente dans le cadre d'un recours. J'en reconnaissant que ces documents ou données stockées électroniquement doivent être utilisés pour compléter une évaluation médicale et deviennent 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 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 : **09/07/2025**

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

Dr Patrick CORREA
Médecin Aéronautique
Société Aéronautique
DOUCIN 3857 - FAA-00773

Ref Formulaire pour demande de certificat médical D-03-0202-R 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 : BA

Prénoms : FATOUM AÏA B

Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 31/12/1991
Lieu de naissance : DAKAR

1) Catégorie d'examen
 Initial
 Prorogation
 Renouvellement
 Recours spécial

(202) Taille 165 cm
(203) Poids 71 kg
(204) Yeux couleur NOIR

(205) Cheveux couleur NOIR

(206) Tension artérielle (assis) mmHg
Systolique 106
Diastolique 67

(207) Pouls au repos
Pulsations (bpm)
 Rythme régulier
 Rythme 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, tympan, 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 Aor de -quel 8A, 3Lue, durcie - left
Allergie ORL/Balisté, Turbule = > bleut = > gruit +

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

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

Œil droit sans correction	9	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	9	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à	

(230) Vision Intermédiaire

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

(231) de près

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

(232) Lunettes

Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>
Type :			

Réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter
Œil droit				
Œil gauche				

(313) Perception des couleurs

Tables pseudo-isochromatiques	Normale <input type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>
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 gauche
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur	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)	(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 :

(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

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

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

10-07-2025

Applé P/M -> 09-07-2027





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-19-00221

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

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

31/12/1991

(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)):

29/01/24

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

09/07/2025

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)):

09/07/2027

(X) Date de délivrance (jj/mm/aaaa) nom et
signature de l'AeMC ou AME ou de l'autorité:

10/07/2025

(Date of issue (dd/mm/yyyy) name and
signature of the AeMC or AME or authority):

(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 - FAA-00773