

**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:											
FRANCE	(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"/>											
(3) Nom : DIAGNE	(4) Nom de naissance	DIAGNE	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation									
(5) Prénom(s) : BINETA	(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	05/12/1980	(7) Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input checked="" type="checkbox"/>									
(8) Lieu et pays de naissance : DAKAR - SENEGAL	(9) Nationalité :	SENEGALAISE	(14) Type de licence désirée :									
(10) Adresse permanente : YOFF Ocean n°12 Pays : SENEGAL N° de téléphone : 775254390 Courriel : bineta.diagne@airsenegal-sn	(11) Adresse postale : (si différente) Pays : N° de téléphone :	(15) Profession (principale) : Hôtesse de l'air (16) Employeur : Air Senegal SA										
(17) Dernier examen médical : Date : 28-11-2024 Lieu : DR CORREA												
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéro de licence Pays de délivrance												
<table border="1"><tr><td></td><td>CY 72-0110</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>					CY 72-0110							
	CY 72-0110											
(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 :												
(21) Nombre total d'heures de vol :												
(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :												
(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : A 320												
(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 :												
(25) Type de vol envisagé :												
(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input type="checkbox"/> (28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi:												
(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 :												

**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"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Antécédents familiaux				
(101) Maladie ou opération oculaire				(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage								
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact				(113) Traumatismes crânien ou commotion				<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(170) Affection cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
				(114) Maux de tête fréquents ou graves				<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(171) Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen				(115) Accès de vertige/évanouissement				<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(172) Taux élevé de cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(104) Allergie ou rhume des fions				(116) Perte de conscience quel que soit le motif				<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(173) Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(105) Asthme ou maladie pulmonaire				(117) Affection neurologique : AVC, epilepsie, convulsions, paralysie, etc...				<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(174) Maladie mentale/suicide	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux				(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature				<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(175) Diabète	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(107) Tension artérielle élevée ou basse				(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue				<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(176) Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines				(120) Tentative de suicide ou automutilation				<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(177) Allergie/asthme/eczéma	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(109) Diabète ou désordre hormonal				(121) Mal des transports nécessitant médication				<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(178) Maladie héréditaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins				(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines				<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(179) Glaucome	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(111) Surdité ou maladie des oreilles				(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical				<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	A remplir uniquement pour les femmes		
				(131) Assurance vie refusée pour motif médical				<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				(132) Refus de licence de vol pour motif médical				<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(151) Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
				(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical				<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
				(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie				<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			

(30) Remarques :  
*(150) Mat de consultation gyneco dg. Fibrome ravi il est RAS*

(31) Déclaration : Je soussigné(e), déclare avoir répondu de façon sincère aux questions qui m'ont été posées lors de 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.

CONSENTEMENT À LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MÉDICALES En cas de nécessité, j'autorise la transmission de ce rapport et de ses annexes, dans le respect du secret médical, au médecin évaluateur de l'autorité compétente de mon AME ainsi qu'aux professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une évaluation aéro médicale ou dans le cadre d'un recours. En reconnaissant que ces documents ou données stockées électroniquement doivent être utilisés pour compléter une évaluation médicale et deviendront et resteront la propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que moi-même ou mon médecin puissent y avoir accès conformément à la législation nationale. Le secret médical sera respecté à tout moment.

NOTIFICATION DE DIVULGATION DE DONNÉES PERSONNELLES Je déclare par la présente que j'ai été informé et que je comprends que les données contenues dans mon certificat médical selon l'ARA MED 150 peuvent être stockées électroniquement et mis à la disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MEDA 035 (b) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA MED 150 (c) (4).

Date : 28-11-2025

Signature du demandeur :

*wjf*

Signature du médecin examinateur :

*Dr BERNARD CORREA*  
Médecin aéronautique  
SN-MED-004

Ref Formulaire pour demande de certificat médical (3) Dgac 20190206 08.09.2019

# RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : <b>DIAGNE</b>	Prénoms : <b>BINETA</b>		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): <b>05-12-1980</b>						
(201) Catégorie d'examen		(202) Taille <b>165</b> cm	(203) Poids <b>69</b> kg	(204) Yeux couleur <b>Noir</b>	(205) Cheveux couleur <b>Noir</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
<input type="checkbox"/> Initial						Systolique <b>109</b>	Diastolique <b>71</b>	Pulsations (bpm) <b>72</b>	Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> irrégulier
<input checked="" type="checkbox"/> Prorogation									
<input type="checkbox"/> Renouvellement									
<input type="checkbox"/> Recours spécial									

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal	normal	anormal		
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	<input 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	<i>P.M. fin Seigneur SA. 4h aus. Véline à sauf.</i>					<i>Tobacco = Alcohol = Sport = Ill = gymca</i>

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)		Lunettes/Contact	
(229) (de loin à (5m/6m en dixième)			
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
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(231) de près		sans correction	avec correction
N5 lu à 30 - 50cm		Oui	Non
Œil droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact	
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Type :	Type :		
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe
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		Nombre d'erreurs	

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)		Oreille droite	Oreille gauche			
(si 239/241 non réalisé)		Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>			
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur		Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			
Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine	
VEMS/CV	%	Peak Flow (l/min)	(g/dl)
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>

(248) Commentaires, limitations :		<i>Cf = 0.85</i>
<i>Apté P.M. → 28-11-2027</i>		

(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 : <i>28-11-2027</i>	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé: <i>Dr Patrick CORREA</i>		Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature: <i>SM-MED-004</i> <i>DGAC N°3857 - FAA-00773</i>			
et lieu:	Fax: <i>3, Avenue des Ambassades</i>	Telephone: <i>DAKAR SENEGAL</i>	Numéro d'AME:			

PAYS DE DELIVRANCE/STATE OF ISSUE : France  
*Direction Générale de l'Aviation Civile - French CAA*

**RAPPORT MEDICAL DE MEMBRE D'EQUIPAGE DE CABINE pour le Candidat /  
titulaire d'une ATTESTATION de MEMBRE d'EQUIPAGE de CABINE (CCA)  
CABIN CREW MEDICAL REPORT for Applicant / holder of a CABIN CREW  
ATTESTATION (CCA)**

(I) Etat dans lequel l'examen médical du candidat/titulaire du CCA a été réalisé (The state where the aero-medical assessment of the CCA applicant /holder was conducted):

**SENEGAL**

(III) Numéro de référence de l'attestation de MEMBRE d'EQUIPAGE de CABINE (Cabin crew attestation reference number (CCA)): **CY 22-0110**

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

**DIAGNE BINETA**

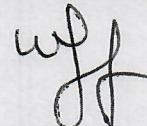
(XIV) Date de naissance du candidat/titulaire du CCA (jj/mm/aaaa) :  
(Date of birth of the CCA applicant/holder (dd/mm/yyyy)):

**05/12/1980**

(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)):



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

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

**28/11/2025**

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)):

**28/11/2027**

(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):

**28/11/2025**


  
**Dr Patrick CORREA**  
Médecine Aéronautique  
SN-MED-004  
DGAC N°3857 - FA-01773

(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):