

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:	
SENEGAL		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input type="checkbox"/> Classe 2 <input checked="" type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/>	
(3) Nom : KANE		(4) Nom de naissance KANE	
(5) Prénom(s) : OUMY		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 25/12/1991 (7) Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input checked="" type="checkbox"/>	
(8) Lieu et pays de naissance : DAKAR / SENEGAL		(9) Nationalité : SENEGALAISE	
(10) Adresse permanente : OUAKAM CITE AEROCUA 3 Pays : SENEGAL N° de téléphone : 776275129 Courriel : oumy.kane@airsenegal.com.sn		(11) Adresse postale : (si différente) Pays : N° de téléphone :	
(18) Licence(s) de vol possédée(s)		(17) Dernier examen médical : Date : 31/05/22 Lieu : DAKAR	
types		Numéro de licence	
SN PNC		SN PNC-0075-	
CCA		19022020	
		CY-22-0105	
		CYPRUS	
(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) : AIRBUS			
(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 checked="" 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
(101) Maladie ou opération oculaire		(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage		(123) Paludisme, autre maladie tropicale		Antécédents familiaux	
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact		(113) Traumatismes crânien ou commotion		(124) Test VIH positif		(170) Affection cardiaque <input type="checkbox"/>	
		(114) Maux de tête fréquents ou graves		(125) Maladie sexuellement transmissible		(171) Hypertension artérielle <input type="checkbox"/>	
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen		(115) Accès de vertige/évanouissement		(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil		(172) Taux élevé de cholestérol <input type="checkbox"/>	
(104) Allergie ou rhume des foins		(116) Perte de conscience quel que soit le motif		(127) Maladie musculaire ou squelettique		(173) Epilepsie <input type="checkbox"/>	
(105) Asthme ou maladie pulmonaire		(117) Affection neurologique : AVC, epilepsie, convulsions, paralysie, etc...		(128) Toute autre maladie ou blessure		(174) Maladie mentale/suicide <input type="checkbox"/>	
		(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature		(129) Hospitalisation		(175) Diabète <input type="checkbox"/>	
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux				(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical		(176) Tuberculose <input type="checkbox"/>	
(107) Tension artérielle élevée ou basse		(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue		(131) Assurance vie refusée pour motif médical		(177) Allergie/asthme/eczéma <input type="checkbox"/>	
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines		(120) Tentative de suicide ou automutilation		(132) Refus de licence de vol pour motif médical		(178) Maladie héréditaire <input type="checkbox"/>	
(109) Diabète ou désordre hormonal						(179) Glaucome <input type="checkbox"/>	
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins		(121) Mal des transports nécessitant médication		(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical		A remplir uniquement pour les femmes	
(111) Surdit ou maladie des oreilles		(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines		(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie		(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation <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 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 puise 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 mis à la disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MFD.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 :

31/07/25

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur

RREA
Dr. Bally
Médecin
SN-MED-004
SN-MED-004
00773

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : RANE		Prénoms : OUMY		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 25/12/1981	
				Lieu de naissance : SENEgal	
(201) Catégorie d'examen	(202) Taille	(203) Poids	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg
<input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	175 cm	75 kg	Narou	Mar	Systolique 118 Diastolique 84
				(207) Pouls au repos	
				Pulsations (bpm) 76	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	
(209) Cavité bucale, gorge, dents		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	
(210) Nez, sinus		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	
(213) Yeux - pupilles		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	
(215) Poumons, thorax, seins		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	
(216) Cœur		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	
(217) Système vasculaire		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire

215 : Allongement de la langue et de la cervelle
 226 : Cicatrice cervicale

PNC Ar. Sénegal 34, 33 ans. Donnée de fiche
 Cervicale, à plat et en cercle
 Tendue = 0.4 cm = 0
 Tendue + 0.4 cm = 0
 Spont + 0.4 cm = 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 <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
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 <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
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"/>			
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact				
Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	Type :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	Type :			
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe			
Œil droit						
Œil gauche						
(313) Perception des couleurs		Normale <input type="checkbox"/>	Anormale <input checked="" type="checkbox"/>			
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)		Oreille droite	Oreille gauche			
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur		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 checked="" type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>				

(248) Commentaires, limitations :		Cle = 0,61 Contrôle Hb préalable à l'examen (1) → 14-05-25 = Hb 15,8 g/l. Hplc Pne → 31-07-2027	
-----------------------------------	--	---	--

(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 : et lieu: 05-08-2025	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé: Dr Patrick CORREA 3, A. des Ambassades DAKAR SENEGAL	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature: Patrick CORREA Médecin-Aéronautique SN-BED-004 DGAC N°3857 FAA-00773
Fax: Telephone:	Numéro d'AME: Réf. Rapport examen médical 03.09.2019	