

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

(1) Pays de délivrance de licence : <b>SENEGAL</b>		(13) N° référence:										
(3) Nom : <b>KANE</b>		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input type="checkbox"/> Classe 2 <input checked="" type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/>										
(5) Prénom(s) : <b>OUMY</b>		(4) Nom de naissance : <b>KANE</b>	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation									
(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : <b>25/12/1991</b>		(7) Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input checked="" type="checkbox"/>	(14) Type de licence désirée : <b>EASA</b>									
(8) Lieu et pays de naissance : <b>DAKAR / SENEGAL</b>		(9) Nationalité : <b>SENEGALAISE</b>	(15) Profession (principale) : <b>PNC</b>									
(10) Adresse permanente : <b>OUAKAM CITE AEROCUAS</b>		(16) Employeur : <b>AIR SENEGAL SA</b>										
(11) Adresse postale : (si différente)		(17) Dernier examen médical : Date : <b>31/05/22</b> Lieu : <b>DAKAR</b>										
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéros de licence Pays de délivrance <table border="1"> <tr> <td><b>SN PNC</b></td> <td><b>SN PNC - 0075 -</b></td> <td><b>SENEGAL</b></td> </tr> <tr> <td><b>CCA</b></td> <td><b>1902/0920</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><b>24-22-0105</b></td> <td><b>CYPRUS</b></td> </tr> </table>		<b>SN PNC</b>	<b>SN PNC - 0075 -</b>	<b>SENEGAL</b>	<b>CCA</b>	<b>1902/0920</b>			<b>24-22-0105</b>	<b>CYPRUS</b>	(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :	
<b>SN PNC</b>	<b>SN PNC - 0075 -</b>	<b>SENEGAL</b>										
<b>CCA</b>	<b>1902/0920</b>											
	<b>24-22-0105</b>	<b>CYPRUS</b>										
(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 :		(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 :		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : <b>AIRBUS</b>										
(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 checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Nature et dose du médicament, depuis quand est-il pris et pourquoi :										

Antécédents généraux et médicaux : avez-vous des antécédents connus d'une des maladies suivantes ?

A chaque question répondez en cochant OUI ou NON (ou selon ce qui est indiqué). Détaillez dans la rubrique « (30) remarques »

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non	
(101) Maladie ou opération oculaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Antécédents familiaux</b>			
(102) Avez-vous porté ou portez-vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(113) Traumatismes crâniens ou commotion	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(124) Test VIH positif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(170) Affection cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(114) Maux de tête fréquents ou graves	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(125) Maladie sexuellement transmissible	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(171) Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(104) Allergie ou rhume des foies	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(115) Accès de vertige/évanouissement	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(172) Taux élevé de cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(127) Maladie musculaire ou squelettique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(173) Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(128) Toute autre maladie ou blessure	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(174) Maladie mentale/suicide	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(107) Tension artérielle élevée ou basse	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(129) Hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(175) Diabète	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(176) Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(109) Diabète ou désordre hormonal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(120) Tentative de suicide ou automutilation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(177) Allergie/asthme/eczéma	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(121) Mal des transports nécessitant médication	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(178) Maladie héréditaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(111) Surdité ou maladie des oreilles	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(133) Exempt�� ou réformé du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(179) Glaucome	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
						(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>A remplir uniquement pour les femmes</b>			
									(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
									(151) Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

(30) Remarques :

(31) Déclaration : Je soussigné(e), déclare avoir répondu de façon s  ricieuse 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 d  j accordé ou refuser de me fournir un nouveau certificat médical, sans préjudice de toute autre action applicable en vertu du droit national. CONSENTEMENT    LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MÉDICALES : En cas de nécessité, j'autorise la transmission de ce rapport et de ses annexes, dans le respect du secret médical, au médecin évaluateur de l'autorité compétente de mon AME ainsi qu'aux professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une évaluation médicale ou dans le cadre d'un recours. En reconnaissant que ces documents ou données stockées électroniquement doivent être utilisés pour compléter une évaluation médicale et deviendront et resteront la propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès conformément à la législation nationale. Le secret médical sera respecté à tout moment. NOTIFICATION DE DIVULGATION DE DONNÉES PERSONNELLES : Je déclare par la présente que j'ai été informé et que je comprends que les données contenues dans mon certificat médical selon l'ARA.MED.130 peuvent être stockées électroniquement et mis à la disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MFDA.035 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des   tats membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date : **31/07/25**

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur

**Dr. Patrice RREA**  
Médecin Aéronautique  
SN-MED-004  
SN-MED-FAA-00773



# RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : <b>KANE</b>		Prénoms : <b>OU MY</b>		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : <b>25/12/1981</b>		Lieu de naissance : <b>SENEGAL</b>	
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <b>175</b> cm	(203) Poids <b>73</b> kg	(204) Yeux couleur <b>brun</b>	(205) Cheveux couleur <b>brun</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <b>118</b> Diastolique <b>84</b>	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) <b>76</b> Rythme <input checked="" type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Irrégulier	

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal		normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(212) Yeux - orbites et annexes, champs visuels	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" 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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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					
<p><b>215: Allergie - P</b> <b>226: Cicatrice cicatricielle</b></p> <p><b>PNC An. Scroguel 3A, 33 ans Nour - 14/07/25</b> <b>(Cesarienne, allaitement en cours)</b> <b>Tension = 0 Hémoc = 0</b> <b>Spart + Pilet = 0</b></p>					

<b>Acuité visuelle</b> (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) <b>Vision Intermédiaire</b>			
N14 lu à 100cm	sans correction		avec correction
Œil droit	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Œil gauche	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
(231) <b>de près</b>			
N5 lu à 30 - 50cm	sans correction		avec correction
Œil droit	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Œil gauche	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
(232) <b>Lunettes</b>		(233) <b>Lentilles de contact</b>	
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>
Type :		Type :	
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe
Œil droit			Ajouter
Œil gauche			

(235) <b>Analyse d'urine</b>		Normale <input checked="" type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>
Glucose <input checked="" type="checkbox"/>	Protéines <input type="checkbox"/>	Sang <input type="checkbox"/>	Autres
<b>Rapports annexés</b>		Non réalisé	Date
(238) ECG	<input type="checkbox"/>		<b>24/07/25</b>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>		<b>05/08/25</b>
(240) Examen Ophtalmologique	<input type="checkbox"/>		
(241) Examen ORL	<input type="checkbox"/>		
(242) Lipides sanguins	<input type="checkbox"/>		
(243) Fonction respiratoire	<input type="checkbox"/>		
(320) Tonométrie G : D : mmHg			
(244) Divers(Sujet?)	<input type="checkbox"/>		

(247 bis) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude

Avis :	Nom :
<b>Apé</b>	<b>Patrick CORREA</b>
	Signature :
	<b>Medecin Généraliste</b> <b>SN-MED-004</b> <b>DGAC N°3857 - FAA-00773</b>

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

<input checked="" type="checkbox"/> <b>APTE pour la classe:</b>	
<input type="checkbox"/> <b>certificat médical délivré par le soussigné (copie jointe) pour la classe:</b>	
<input type="checkbox"/> <b>INAPTE pour la classe :</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Remis pour une évaluation complémentaire, dans l'affirmative, indiquer:</b>	
le destinataire :	
le motif :	
<p>► Renvoi/concertation</p> <p>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.</p> <p>Décision N° ..... du ..... Libellé :</p>	
<b>Champ d'application du certificat</b>	<b>CLASSE 1</b> <input type="checkbox"/>
	<b>CLASSE 2</b> <input type="checkbox"/>
	<b>LAPL</b> <input type="checkbox"/>
	<b>PNC/CCA</b> <input checked="" type="checkbox"/>

(313) <b>Perception des couleurs</b>		Normale <input type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>
Tables pseudo-isochromatiques Type I S H I H A R A			
Nombre de tables présentées <b>20</b>		Nombre d'erreurs <b>0</b>	
(234) <b>Audition</b> (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"/> 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) <b>Fonction respiratoire</b>		(237) <b>Hémoglobine</b>	
VEMS/CV	%	Peak Flow (l/min)	(g/dl)
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>		Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>	<b>15</b>

(248) <b>Commentaires, limitations :</b>	
<p><b>Cite = 0, 61</b></p> <p><b>Contrôle Hb prochain visite, renouvelé (L) → 14-05-25 Hb 15,8 g/L.</b></p> <p><b>Apé Pnc → 31-07-2027</b></p>	

(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 de l'AeMC ou du médecin agréé :	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature :
et lieu :	Fax :	
<b>05-08-2025</b>	Telephone :	Numéro d'AeMC :
	<b>Dr Patrick CORREA</b> <b>3, Av. des Ambassades</b> <b>DAKAR SENEGAL</b>	<b>Patrick CORREA</b> <b>Medecin Généraliste</b> <b>SN-MED-004</b> <b>DGAC N°3857 - FAA-00773</b>