

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

NOM : TOUKE		Prénoms : Moussa Naby		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 15/03/1991	
(201) Catégorie d'examen		(202) Taille 186 cm	(203) Poids 80 kg	(204) Yeux couleur Marin	(205) Cheveux couleur Marin
(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos		Systolique 192	Diastolique 88
Initial				Pulsations (ppm) 89	Rythme Régulier
<input checked="" type="checkbox"/> Prorogation				<input type="checkbox"/> irrégulier	
<input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement					
<input type="checkbox"/> Recours spécial					

Examen clinique : Cochez chaque item

	normal	anormal		normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire					

PNC. Aîn Seugel SA. 3 ans. Naïf sans seift.
Renatocau en bonne évolution avec correction g/fini
Lambelgane chez evaluation Senu RAS.

Tobacco = chiché
Alcoo = 0.
Spout = 0.
TII = 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	Corrigée à g
Œil gauche sans correction	Corrigée à g
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à g

(230) Vision Intermédiaire		sans correction	avec correction
		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Œil droit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact		
		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Type :
Type :		Oui <input type="checkbox"/>		
Réfraction		Sph	Cylindre	Axe
Œil droit				Ajouter
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) (si 239/241 non réalisé)		Oreille droite	Oreille gauche
		Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" 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)	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
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 :		<i>Cg = 104</i>		
		<i>Apté PNC → 02-12-2027</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 : 02-12-2027	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : DR PATRICK CORREA 3, AV. des Ambassades DAKAR SENEGAL	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature :  DR PATRICK CORREA Medecine Aéronautique SN MED 004 DGAC N°3857 - FAA-00773
et lieu:	Telephone: 33 33 33 33 33	Numéro d'AIME:



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 - 22-0112**

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

TOURE MOUSSA NABY

(XIV) Date de naissance du candidat/titulaire du CCA (jj/mm/aaaa) :
(Date of birth of the CCA applicant/holder (dd/mm/yyyy)): **15/03/1991**

(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):**

- 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)): **03/12/2025**

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)): **03/12/2027**

(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): **02/12/2025**

Dr. Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
SN MED 304

DGAC N°1927-041
Annex I to ED Decision 2019/002/R