

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

(1) Pays de délivrance de licence : CYPRUS		(13) N° référence:	
(3) Nom TOURE		(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"/>	
(5) Prénom(s): Moussa Naby		(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation
(8) Lieu et pays de naissance: DAKAR SENEGAL		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 15/03/1951	(7) Sexe: Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
(10) Adresse permanente: Cité Porte Diamniadio		(9) Nationalité: SENEGALAISE	(14) Type de licence désirée:
Pays: Senegal		(11) Adresse postale: (si différente)	(15) Profession (principale): STEWARD
N° de téléphone: 775702031		(17) Dernier examen médical: Date: 03/12/2024 Lieu: DAKAR	(16) Employeur: AIR SENEGAL SA
Courriel: moussa.toure@airseNEGAL.PSA.sn		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails:	
(18) Licence(s) de vol possédée(s)			
types	Numéro de licence		Pays de délivrance
CABIN CREW	CY-22-0112		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:			
(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):			
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date: Lieu:			
(25) Type de vol envisagé:			
(26) Activité aérienne actuelle: Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input type="checkbox"/>			
(27) Consommez-vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités			
(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:			
(29) Consommez-vous du tabac ? Non jamais <input type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt: Oui <input checked="" type="checkbox"/> type et quantité: CHICHA			

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
(101) Maladie ou opération oculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antécédents familiaux		
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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"/>			
			(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"/>
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	<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"/>
(104) Allergie ou rhume des foies	<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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(173) Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	<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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(174) Maladie mentale/suicide	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
									(175) Diabète	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	<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"/>	(176) Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
						(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(177) Allergie/asthme/eczéma	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(107) Tension artérielle élevée ou basse	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(178) Maladie héréditaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>							(179) Glaucome	<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"/>	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	A remplir uniquement pour les femmes		
(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"/>	(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	<input type="checkbox"/>	<input 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"/>	(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(151) Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<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 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 afin qu'ils puissent rester la propriété de l'autorité qui délivre la licence. Je reconnais que ces documents ou données stockées électroniquement doivent être utilisés pour compléter une évaluation médicale et devenir ainsi la propriété de l'autorité de licence.

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) (i) / (m) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des États membres afin de faciliter l'application de l'ARA MED.150 (c) (4) et

Date : 02 Decembre 2025

Signature du demandeur :

Signature du médecin-examineur :

Dr. Edik CORREA
Medicine Aéronautique
SM MED-204
certificat médical D.D. (24/01/2011) 0027R 03.09.2019
DGAC N°3857 - 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 : **TOURE** Prénoms : **Moussa Naby** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **15/03/1991**
Lieu de naissance : **DAKAR**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 186 cm	(203) Poids 80 kg	(204) Yeux couleur Marron	(205) Cheveux couleur Marron	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 122 Diastolique 88	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 89 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 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

PHC. Aïn Seigniel SA. 34ans. Aucun path. seft.
Keratoconus en bonne évolution avec correction q/gni
Lambertien chq évolution suivi RAS.

Tobacco = chèque
Alcool = 0.
Spout = 0.

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

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

Oeil droit sans correction	Corrigée à	9
Oeil gauche sans correction	Corrigée à	9
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	9

(230) Vision Intermédiaire

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

(231) de près

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

(232) Lunettes

Ouvrir le couvercle		(200) Lentilles de contact		
Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Type :		Type :		
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter
Oeil droit				
Oeil gauche				

(233) Lentilles de contact

Ouvrir le couvercle		(200) Lentilles de contact		
Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Type :		Type :		
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter
Oeil droit				
Oeil gauche				

(313) Perception des couleurs

Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/>	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 réalisés)	Oreille droite	Oreille gauche
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	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

VEMS/CV	%	Peak Flow	(l/min)
Normal <input 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"/>

(237) Hémoglobine

128 (g/dl)
104

(248) Commentaires, limitations :

UDL.

Apte PNE → 03-12-2027

(249) Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

Je soussigné 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 : 02-12-2020	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 SG MED 004 DGAC N°3857 - FAA-00773
E-mail :	Telephone :	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 - 22-0112

(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

(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
SM-MED-304