

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:	
		(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: DIALLO		(4) Nom de naissance	
(5) Prénom(s): ASSISTANT		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 08/01/1969 (7) Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input checked="" type="checkbox"/>	
(8) Lieu et pays de naissance : DAKAR SENEGAL		(9) Nationalité : SENSE GALAISR	
(10) Adresse permanente : 175, SI PRES 2 DAKAR Pays : SENEGAL N° de téléphone : 77 77 81 12 Courriel : assistan252@hotmail.com		(11) Adresse postale : (si différente)	
(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation		(14) Type de licence désirée : LISENCE BASA.	
(15) Profession (principale) : TRAVAIL DE L'AIR.		(16) Employeur : AER. SENEGAL SA	
(17) Dernier examen médical : Date : 31/01/2025 Lieu : DAKAR		(18) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :	
(19) Nombre total d'heures de vol :		(20) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :	
(21) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : A320.		(22) Type de vol envisagé : Passenger.	
(23) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input type="checkbox"/>		(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) Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi? :		(26) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		(28) 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 <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>				
(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"/>	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 crânien ou commotion	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(124) Test VIH positif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(170) Affection cardiaque
(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
(104) Allergie ou rhume des fous	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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
(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
(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
(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
(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
(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
(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
(111) Surdit 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) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(179) Glaucome
(30) Remarques :						A remplir uniquement pour les femmes			
						(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation			
						(151) Etes-vous enceinte ? <input type="checkbox"/>			

(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, 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 deviennent et NOTIFICATION DE DIVULGATION DE DONNEES 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 MDA.A.035 (b) (2) (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 : **09/02/2025.**

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

PATRICK CORREA
Médecin aéronautique
SAMED-004
DATE : 09/02/2025

Ref Formulaire pour demande de certificat médical 18 Décembre 2009 2016

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : DIALLO

Prénoms : AïSSATOU

Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 08/01/1969
Lieu de naissance : DAKAR

(201) Catégorie d'examen
 Initial
 Prorogation
 Renouvellement
 Recours spécial

(202) Taille 166 cm

(203) Poids 64 kg

(204) Yeux couleur brun

(205) Cheveux couleur Noir

(206) Tension artérielle (assis) mmHg
 Systolique 134 Diastolique 80

(207) Pouls au repos
 Pulsations (bpm) 75 Rythme
 régulier
 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 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					

PNC Dar Sénegal 89, 56ans, Née, 1 enfant
 Presbytie / PNC, Tabac = 0 Alcool = 0 Sport = TT = 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

N14 lu à 100cm		sans correction		avec correction	
Oeil droit	Oui	Non	Oui	Non	
Œil 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

N5 lu à 30 - 50cm		sans correction		avec correction	
Oeil droit	Oui	Non	Oui	Non	
Œil 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

(233) Lentilles de contact	
Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Type :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Réfraction	Sph Cylindre Axe Ajouter
Œil droit	
Œil gauche	

(313) Perception des couleurs

Tables pseudo-isochromatiques		Normale <input checked="" type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>
Type I S H T H A R A			
Nombre de tables présentées <u>20</u>		Nombre d'erreurs <u>0</u>	

(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"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>
		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 type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

Normal Anormal Normal 10,6 (g/dl)

Cf = 24,57

(243) Commentaires, limitations :

VDL

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

APTE pour la classe:
 certificat médical délivré par le soussigné (copie jointe) pour la classe:
 INAPTE pour la classe :
 Remis pour une évaluation complémentaire, dans l'affirmative, indiquer:
 le destinataire :
 le motif :
 ► Renvoi/concertation
 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.
 Décision N° du
 Libellé :

Champ d'application du certificat	CLASSE 1 <input type="checkbox"/>	CLASSE 2 <input type="checkbox"/>	LAPL <input type="checkbox"/>	PNC/CCA <input checked="" type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------------

(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

Dr Patrick CORREA
 3, Av. des Ambassades
 DAKAR SENEGAL

16-07-2028

Dr Patrick CORREA
 Médecin Aéronautique
 SN-MED-004
 DGAC N°3857 - FAA-0073



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)): PT 2019CC2672

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

DIALLO AISSATOU

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

08/01/1969

(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)):

02/04/24

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

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

09/07/2025

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)):

09/07/2026

(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):

10/07/2025

Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773

(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):