

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 : <b>GUEYE</b>		(4) Nom de naissance <b>GUEYE</b>	
(5) Prénom(s) : <b>SAMBAYE</b>		(6) Date de naissance <b>17.08.1987</b> (JJ/MM/AAAA) (7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	
(8) Lieu et pays de naissance :		(9) Nationalité <b>SENEGOLAISE</b>	
(10) Adresse permanente : <i>Thiawoye San Mer</i> Pays : <b>Senegal</b> N° de téléphone : <b>77 807 3034</b> Courriel :		(11) Adresse postale : (si différente) Pays : N° de téléphone :	
(18) Licence(s) de vol possédé(s)			
types	Numéro de licence	Pays de délivrance	
(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 :			
(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 :			
(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 :			
<b>Antécédents généraux et médicaux : avez vous des antécédents connus d'une des maladies suivantes ?</b> <b>A chaque question répondez en cochant OUI ou NON (ou selon ce qui est indiqué). Détaillez dans la rubrique « (30) remarques »</b>			
(101) Maladie ou opération oculaire		(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact		(113) Traumatismes crânien ou commotion	
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen		(114) Maux de tête fréquents ou graves	
(104) Allergie ou rhume des foins		(115) Accès de vertige/évanouissement	
(105) Asthme ou maladie pulmonaire		(116) Perte de conscience quel que soit le motif	
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux		(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	
(107) Tension artérielle élevée ou basse		(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines		(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	
(109) Diabète ou désordre hormonal		(120) Tentative de suicide ou automutilation	
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins		(121) Mal des transports nécessitant médication	
(111) Surdit ou maladie des oreilles		(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	
<b>Antécédents familiaux</b> (123) Paludisme, autre maladie tropicale (124) Test VIH positif (125) Maladie sexuellement transmissible (126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil (127) Maladie musculaire ou squelettique (128) Toute autre maladie ou blessure (129) Hospitalisation (130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical (131) Assurance vie refusée pour motif médical (132) Refus de licence de vol pour motif médical (133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical (134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie <b>A remplir uniquement pour les femmes</b> (150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation (151) Etes-vous enceinte ?			

(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, professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une évaluation aéronautique ou dans le cadre d'un recours. En recommandant que ces documents ou données stockées électroniquement doivent être utilisés pour compléter une évaluation médicale et deviendront et 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 MED130 peuvent être stockées électroniquement et mis à la disposition de mon AMF, afin de fournir les données historiques requises dans le MEDA 035 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA MED150 (c) (4).

Date : **07.11.2025**

Signature du demandeur :



Signature du médecin examinateur :

**Dr PATRICK CORREA**  
Médecin Aéronautique  
SN-MED150  
DGAC N°3857 - FAA-00773

Ref Formulaire pour demande de certificat médical J.D.035 Rév. 2019/02/08 03.09.2019

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

NOM : <b>GUEYE</b>		Prénoms : <b>SAMBA</b>		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): <b>17.08.1987</b>	
				Lieu de naissance : <b>DAKAR</b>	
(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	<b>175</b> cm	<b>63</b> kg	<b>NOIR</b>	<b>NOIR</b>	Systolique <b>124</b> Diastolique <b>73</b>
				(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) <b>62</b> Rythme <input type="checkbox"/> régulier <input checked="" 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 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	<b>DNC Air Senegal 8A, Célibataire sans enfant, 38ans, taille = 175cm, Poids = 62kg, Systolique = 124, Diastolique = 73, Rythme = 62, Tension artérielle = 124/73, Pupilles = 2+, Oeil droit = 1+, Oeil gauche = 1+, Vision binoculaire = 1+, Oxygénation = 98%, Saturation = 100%, Température = 37.5°C, Poids = 62kg, Taille = 175cm, Année = 1987, Date = 17.08.1987, Heure = 14h30, Lieu = Dakar, Sénégal.</b>				

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

(229) (de loin à (5m/6m en <b>dixième</b> )		Lunettes/Contact	
Œil droit sans correction	<b>10</b>	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	<b>18</b>	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	<b>18</b>	Corrigée à	

**(230) Vision Intermédiaire**

N14 lu à 100cm		sans correction avec correction	
Œil droit	<b>Oui</b>	Non	Oui
Œil gauche	<b>Oui</b>	Non	Oui
Vision binoculaire	<b>Oui</b>	Non	Oui

**(231) de près**

N5 lu à 30 - 50cm		sans correction avec correction	
Œil droit	<b>Oui</b>	Non	Oui
Œil gauche	<b>Oui</b>	Non	Oui
Vision binoculaire	<b>Oui</b>	Non	Oui

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

(313) Perception des couleurs		Normale <input checked="" 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) 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		<b>Gly = 0.94</b>	(237) Hémoglobine
VEMS/CV	%	Peak Flow (l/min)	<b>162 (g/dl)</b>
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input checked="" type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>

**(248) Commentaires, limitations :**

**Apti Pne → 07-11-2027**

**(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: <b>10-11-25</b>	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé: <b>DR PATRICK CORREA</b> <b>3 Av. des Ambassades</b> <b>DAKAR SENEGAL</b>	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature: <b>DR Patrick CORREA</b> <b>Medecine Aeronautique</b> <b>SN-MED-004</b> <b>DGAC N°3857 - FAA N°773</b>
Fax: Telephone: E-mail:		Numéro d'AME: Réf Rapport examen médical 03.09.2019

## AUDIOGRAMME

Date : 07/10/2025  
Nom : Gueye  
Prénom : Sambouye  
Date de Naissance : 19/10/87/1987

