

**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:  |                                     |
| <b>SENEGAL</b>  |                   |   |                                     |
| (3) Nom : <b>SOUGOU</b>   |                   | (4) Nom de naissance <b>SOUGOU</b>  |                                     |
| (5) Prénom(s) : <b>KEMOKO</b>   |                   | (6) Date de naissance <b>11/02/1982</b> (JJ/MM/AAAA)  |                                     |
| (8) Lieu et pays de naissance : <b>DAKAR</b>  |                   | (7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>                                |                                     |
| (10) Adresse permanente :<br><b>Keurnmassar Jawaay 2</b><br>Pays : <b>SENEGAL</b><br>N° de téléphone : <b>777203594</b><br>Courriel : <b>Sougou13moko@yahoo.fr</b>  |                   | (9) Nationalité : <b>SENEGALAISE</b>  |                                     |
| (11) Adresse postale : (si différente)<br><br>Pays :<br>N° de téléphone :   |                   | (12) Genre sollicité <input checked="" type="checkbox"/> initial<br><input type="checkbox"/> renouvellement/prorogation |                                     |
| (18) Licence(s) de vol possédée(s)  |                   | (14) Type de licence désirée :<br><br>(15) Profession (principale) : <b>PNC</b>   |                                     |
| types   | Numéro de licence | Pays de délivrance  | (16) Employeur : <b>Air SENEHAL</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 ?<br>Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu:<br>Détails : |                   |   |                                     |
| (21) Nombre total d'heures de vol : <b>1948 H36</b>   |                   |   |                                     |
| (22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :  |                   |   |                                     |
| (23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : <b>Airbus A320</b>  |                   |   |                                     |
| (24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ?<br>Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu:<br>Détails :  |                   |   |                                     |
| (25) Type de vol envisagé :   |                   |   |                                     |
| (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"/><br>Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi:   |                   |   |                                     |
| (27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités  |                   |   |                                     |
| (29) Consommez vous du tabac ?<br>Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt :<br>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   | Non                                 | Oui   | Non                                 | Oui   | Non                                 | Oui   | Non   |
|---|-------------------------------------|---|-------------------------------------|---|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/>                         | <input checked="" type="checkbox"/>                             |
| (101) Maladie ou opération oculaire   |                                     | (112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage                       |                                     | (123) Paludisme, autre maladie tropicale                        |                                     | <b>Antécédents familiaux</b>                                |   |
| <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                    | <input checked="" type="checkbox"/>                             |
| (102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact |                                     | (113) Traumatismes crânien ou commotion                                       |                                     | (124) Test VIH positif  |                                     | (170) Affection cardiaque                                   | <input type="checkbox"/><br><input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                    | <input checked="" type="checkbox"/>                             |
| (103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen       |                                     | (114) Maux de tête fréquents ou graves  |                                     | (125) Maladie sexuellement transmissible                        |                                     | (171) Hypertension artérielle                               | <input type="checkbox"/><br><input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                    | <input checked="" type="checkbox"/>                             |
| (104) Allergie ou rhume des foins   |                                     | (115) Accès de vertige/évanouissement   |                                     | (126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil                      |                                     | (172) Taux élevé de cholestérol                             | <input type="checkbox"/><br><input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                    | <input checked="" type="checkbox"/>                             |
| (105) Asthme ou maladie pulmonaire  |                                     | (116) Perte de conscience quel que soit le motif                              |                                     | (127) Maladie musculaire ou squelettique                        |                                     | (173) Epilepsie   | <input type="checkbox"/><br><input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                    | <input checked="" type="checkbox"/>                             |
| (106) Maladie du cœur ou des vaisseaux  |                                     | (117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc... |                                     | (128) Toute autre maladie ou blessure                           |                                     | (174) Maladie mentale/suicide                               | <input type="checkbox"/><br><input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                    | <input checked="" type="checkbox"/>                             |
| (107) Tension artérielle élevée ou basse  |                                     | (118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature                 |                                     | (129) Hospitalisation   |                                     | (176) Tuberculose   | <input type="checkbox"/><br><input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                    | <input checked="" type="checkbox"/>                             |
| (108) Calcul rénal ou sang dans les urines  |                                     | (119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue                              |                                     | (130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical     |                                     | (177) Allergie/asthme/eczéma                                | <input type="checkbox"/><br><input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                    | <input checked="" type="checkbox"/>                             |
| (109) Diabète ou désordre hormonal  |                                     | (120) Tentative de suicide ou automutilation                                  |                                     | (131) Assurance vie refusée pour motif médical                  |                                     | (178) Maladie hérititaire                                   | <input type="checkbox"/><br><input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                    | <input checked="" type="checkbox"/>                             |
| (110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins  |                                     | (121) Mal des transports nécessitant médication                               |                                     | (132) Refus de licence de vol pour motif médical                |                                     | (179) Glaucome  | <input type="checkbox"/><br><input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                    | <input checked="" type="checkbox"/>                             |
| (111) Surdité ou maladie des oreilles   |                                     | (122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines                   |                                     | (133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical |                                     | (150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation | <input type="checkbox"/><br><input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                    | <input checked="" type="checkbox"/>                             |
| A remplir uniquement pour les femmes  |                                     |   |                                     |   |                                     |   |   |
| (151) Etes-vous enceinte ?  |                                     |   |                                     |   |                                     |   |   |

(30) Remarques :

*Püm Daib*

(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. 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 ainsi qu'aux 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 resteront la propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que moi-même ou mon médecin puissent 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 MED.A.035 (b) (2) (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 :

*25/09/25*

Signature du demandeur :

Signature du médecin évaluateur :

*Dr PATRICK OUATEA*  
Médecin évaluateur  
S/N MED-004  
S/N 7857 - 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>SouGou</b>                         | Prénoms : <b>KEMOKO</b> | Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : <b>22/02/1982</b> |                    |                       |                                       |   |
| (201) Catégorie d'examen                    | (202) Taille            | (203) Poids  | (204) Yeux couleur | (205) Cheveux couleur | (206) Tension artérielle (assis) mmHg | (207) Pouls au repos                                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Initial | 177 cm                  | 75 kg  | Noir               | Noir                  | Systolique 121                        | Diastolique 88                                      |
| <input type="checkbox"/> Prorogation        |                         |  |                    |                       | Pulsations (bpm) 66                   | Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier |
| <input type="checkbox"/> Renouvellement     |                         |  |                    |                       |                                       | <input type="checkbox"/> irrégulier                 |
| <input type="checkbox"/> Recours spécial    |                         |  |                    |                       |                                       |   |

**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 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 | <i>PMc Aîn Sennel SA . 43 ans. Divorcé œuf</i> |                          |  |                                     |                          | <i>III = 0<br/>AUCUN<br/>Tabac = 0<br/>Spout = 11 cm</i> |

**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** sans correction avec correction

|                    |                                     |                          |                          |                          |
|--------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| N14 lu à 100cm     | Oui                                 | Non                      | Oui                      | Non                      |
| Œil droit          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Œil gauche         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vision binoculaire | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**(231) de près** sans correction avec correction

|                    |                                     |                          |                          |                          |
|--------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| N5 lu à 30 - 50cm  | Oui                                 | Non                      | Oui                      | Non                      |
| Œil droit          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Œil gauche         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vision binoculaire | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**(232) Lunettes** **(233) Lentilles de contact**

|                              |   |                              |                              |
|------------------------------|---|------------------------------|------------------------------|
| Oui <input type="checkbox"/> | Non <input checked="" type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Type :                       |   |                              |                              |
| Réfraction                   | Sph                                     | Cylindre                     | Axe                          |

**(313) Perception des couleurs** Normale  Anormale

|                               |                |
|-------------------------------|----------------|
| Tables pseudo-isochromatiques | Type I SHIHARA |
| Nombre de tables présentées   | 20             |

**(234) Audition (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 type="checkbox"/> | Oui <input checked="" type="checkbox"/> |

**Audiométrie éventuelle**

|                |     |      |      |      |      |      |
|----------------|-----|------|------|------|------|------|
| Hz             | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 |
| Oreille droite |     |      |      |      |      |      |
| Oreille gauche |     |      |      |      |      |      |

**(236) Fonction respiratoire**

|  |  |   |
|--|--|---|
| VEMS/CV %  | Peak Flow (l/min)  | Hb (g/dl)   |
| 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 :** *(235)*

*Gfe = a,80*

**(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 : **29/09/95** Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé:

Fax: *DY PATRICK CORREA*

Telephone: *3. AV. des Ambassades* E-mail: *DAKAR SENEGAL*

*DR Patrick CORREA  
Médecin Aéronautique  
SN-MED-004  
DGAC N°3857 - FAA-00773*

Numéro d'AME:

*DR Patrick CORREA  
Médecin Aéronautique  
SN-MED-004  
DGAC N°3857 - FAA-00773*

Réf Rapport examen médical 03.09.2019