

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 : DARÉ		(4) Nom de naissance DARÉ	
(5) Prénom(s) : NAME WARE		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 22/07/1982	
(8) Lieu et pays de naissance : DARAR / SÉNÉGAL		(7) Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input checked="" type="checkbox"/>	
(10) Adresse permanente : YOFF Mbengue Pays : SENEGAL N° de téléphone : 777374180 Courriel :		(11) Adresse postale : (si différente) Pays : N° de téléphone :	
(18) Licence(s) de vol possédée(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 :			
(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :			
(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 type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi: GALVUSNET 50/1000 diabète 2 2/5			

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
(101) Maladie ou opération oculaire		(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage		(123) Paludisme, autre maladie tropicale		Antécédents familiaux	
(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"/> <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"/> <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"/> <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"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux		(117) Affection neurologique : AVC, epilepsie, convulsions, paralysie, etc...		(128) Toute autre maladie ou blessure		(174) Maladie mentale/suicide <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
(107) Tension artérielle élevée ou basse		(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature		(129) Hospitalisation		(175) Diabète <input checked="" type="checkbox"/> <input 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		(176) Tuberculose <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		(177) Allergie/asthme/eczéma <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		(178) Maladie héréditaire <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
(111) Surdit ou maladie des oreilles		(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines		(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical		(179) Glaucome <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
A remplir uniquement pour les femmes							
						(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
						(151) Etes-vous enceinte ? <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	

(30) Remarques :

DVID III = RAS
3G-CP Cycle RAS, 2 Casques.

(31) Déclaration : Je soussigné(e), déclare avoir répondu de façon sincère aux questions qui m'ont été posées lors de 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 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 deviendront et resteront la propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que moi-même ou mon médecin puise 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 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.MED.150 (c) (4).

Date :

26/09/25

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

Dr Patrick CORRE
Médecin Aéronautique
SN-MED 104
DGAC Formulaire pour demande de certificat médical ED Decision 2019/002/R 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 : DIENÉ	Prénoms : NAÏME WARE	Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 22/07/92				
(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	172 cm	75 kg	brun	noir	Systolique 119	Diastolique 84
<input type="checkbox"/> Prorogation					Pulsations (bpm) 75	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 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. 33 ans. Ain Secur al SA. Naine. Eclat. Sainé par DMD. bolan RAS.				

III = Galvaneat-
Tébaco = o
Ade = o
Sport = o

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

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

Type :	Oui	Non	Type :	Oui	Non
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	
Œil droit					
Œil gauche					

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques		Type I S H I H A R A	Nombre de tables présentées		Nombre d'erreurs
20		0			

(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
Non		<input checked="" type="checkbox"/>	<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)	9,9 (g/dl)
Normal	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>

(248) Commentaires, limitations : (243) CT = 2,4 CGT = 20 à nulle. (L)

Glc = 1,33

(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 : **29.09.2017** Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé: **Dr Patrick CORREA**
e: lieu: **3, Av. des Ambassades** Telephone: **DAKAR SENEGAL**

(235) Analyse d'urine		Normale <input checked="" type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>
Glucose <input checked="" type="checkbox"/>	Protéines <input checked="" type="checkbox"/>	Sang <input checked="" type="checkbox"/>	Autres
Rapports annexés			
Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	26-05-95	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	09-06-92	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique	26-05-95	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL	26-05-95	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins	26-05-95	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Fonction respiratoire		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(320) Tonométrie G : D : mmHg		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(244) Divers(Sujet):		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(247 bis) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude

Avis : **Apé** Nom: **Dr Patrick CORREA**
Signature: **Dr N-MED-004**
DGAC N°3857 - FAA-00773

(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"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	---

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

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)):

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

DIENE MAME WARE

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

22/07/1992

(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):

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)):

26/09/2025

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)):

26/09/2027

(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):

29/09/2025



(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
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773