

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)): CCA CY-22-0161-010120

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

MBENGUE NDEYE MARIE

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

23/10/1998

(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)):

28/11/2025

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):

28/11/2027

(Expiry date of this medical report (dd/mm/yyyy)):

(X) Date de délivrance (jj/mm/aaaa) nom et

signature de l'AeMC ou AME ou de l'autorité:

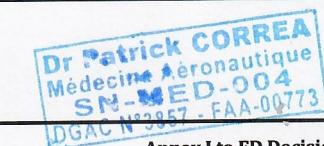
(Date of issue (dd/mm/yyyy) name and  
signature of the AeMC or AME or authority):

28/11/2025



(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):



**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>FRANCE</b>		(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 :		(4) Nom de naissance	
<b>MBENGLIE</b>		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) <b>23/10/98</b>	
(5) Prénom(s) :		(7) Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>NDEYE MARIE</b>		(14) Type de licence désirée :	
(8) Lieu et pays de naissance :		(15) Profession (principale) : <b>PNC</b>	
<b>23/10/98 DAKAR, SN</b>		(16) Employeur : <b>AIR SENEGAL</b>	
(10) Adresse permanente : <b>Dieuppli viv 2345</b> Pays : <b>SENEGAL</b> N° de téléphone : <b>77-703-69-49</b> Courriel : <b>MARIE.DG015@GMAIL.COM</b>		(11) Adresse postale : (si différente) Pays : N° de téléphone :	
(18) Licence(s) de vol possédé(e)s		(17) Dernier examen médical : Date : <b>28/11/2024</b> Lieu : <b>DR Patrick CORREA</b>	
types		Numéro de licence	
<b>A320</b>		<b>ICA CU-22-0161-010120 LITHUANIE</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 ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Détails :		(21) Nombre total d'heures de vol :	
		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :	
(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 :		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :	
		(25) Type de vol envisagé :	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input type="checkbox"/>	
(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 :		(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:	

**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"/>	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Antécédents familiaux</b>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(113) Traumatismes crânien ou commotion	(124) Test VIH positif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(170) Affection cardiaque <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(114) Maux de tête fréquents ou graves	(125) Maladie sexuellement transmissible	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(171) Hypertension artérielle <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(115) Accès de vertige/évanouissement	(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"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	(127) Maladie musculaire ou squelettique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(173) Epilepsie <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	(128) Toute autre maladie ou blessure	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(174) Maladie mentale/suicide <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	(129) Hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(175) Diabète <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(176) Tuberculose <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(120) Tentative de suicide ou automutilation	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(177) Allergie/asthme/eczéma <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(121) Mal des transports nécessitant médication	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(178) Maladie héréditaire <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(179) Glaucome <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
<b>A remplir uniquement pour les femmes</b>								
(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 :**

(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 MÉDICALISÉES : 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. Un 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 mises à la disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MELDA.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 : **28/11/25**

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

**DR Patrick CORREA**  
Médecin Aéronautique  
MED.004  
DGAC N°3857 - FAA-007/3

Ref Formulaire pour demande de certificat médical DGAC version 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>P.Nee.</b>				Prénoms : <b>Aïn Samyell S.A.</b>			Date de naissance (JJ/MM/AAAA): <b>27/09/1987</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 type="checkbox"/> Initial	<input checked="" type="checkbox"/> Prorogation	<b>176 cm</b>	<b>63 kg</b>	<b>Nan</b>	<b>Mai</b>	Systolique <b>109</b>	Diastolique <b>77</b>	Pulsations (bpm) <b>88</b>
<input type="checkbox"/> Renouvellement	<input type="checkbox"/> Recours spécial							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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input checked="" type="checkbox"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympan, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" 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"/>
(213) Yeux – pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>
(214) Yeux – mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input type="checkbox"/>
(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire	<b>P.Nee. Aïn Samyell S.A. Et aus. Cecile a eut. Tabac = 0 Tabac = 0 M = 0 Santé = 0.</b>			

**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"/>	Corrigé à	
Œil gauche sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>	Corrigé à	
Vision binoculaire, sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>	Corrigé 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
Œil droit			
Œil gauche			

(313) Perception des couleurs Normale  Anormale

Tables pseudo-isochromatiques	<input checked="" type="checkbox"/>	Type I SHIHARA	<input checked="" type="checkbox"/>
Nombre de tables présentées	<b>80</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"/>

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)	(g/dl)
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

**âge = 0,87**

(248) Commentaires, limitations :

**Apté. P.Nee → 88-11-2027**

(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 : **28-11-2025**  
et lieu:  
Fax:  
Telephone:  
E-mail:

**Dr Patrick CORREA  
S.A. des Ambassadeurs  
DAKAR SENEGAL**

Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature:  
Numéro d'AME: **004**

**Dr Patrick CORREA  
Médecin Aeronautique  
SN-MED-004  
DGAC N°3857 FA-0773**

Réf Rapport examen médical 03.09.2019 73