



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

28/11/2027

(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):

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):

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

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence : FRANCE		(13) N° référence:				
(3) Nom : MBENGUE		(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"/>				
(5) Prénom(s) : NDEYE MARIE		(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation			
(6) Date de naissance 23/10/98 (JJ/MM/AAAA)		(7) Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input checked="" type="checkbox"/>	(14) Type de licence désirée :			
(8) Lieu et pays de naissance : 23/10/98 DAKAR, SN		(9) Nationalité : SENEGALAISE	(15) Profession (principale) : PNC			
(10) Adresse permanente : DIEUPEULI V23 L5 Pays : SENEGAL N° de téléphone : 77-703-69-69 Courriel : MARIE.DG015@GMAIL.COM		(11) Adresse postale : (si différente) Pays : N° de téléphone :				
(17) Dernier examen médical : Date : 28/11/2020 Lieu : DR Patrick CORREA		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :				
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéro de licence Pays de délivrance <table border="1"> <tr> <td>A380</td> <td>KAC4-22-0161-01012</td> <td>LITHUANIE</td> </tr> </table>		A380	KAC4-22-0161-01012	LITHUANIE	(21) Nombre total d'heures de vol :	
A380	KAC4-22-0161-01012	LITHUANIE				
(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 :		(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) :				
(27) Consommez-vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		(25) Type de vol envisagé :				
(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 :		(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"/> 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	
(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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(113) Traumatismes crâniens ou commotion	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(124) Test VIH positif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(170) Affection cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(104) Allergie ou rhume des foies	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(176) Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(111) Surdité 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) Exempt� ou réformé du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(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 :

(31) Déclaration : Je soussigné(e), déclare avoir répondu de façon s c re 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 d j accordé ou refuser de me fournir un nouveau certificat médical, sans préjudice de toute autre action applicable en vertu du droit national. CONSENTEMENT A 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 AMI, ainsi qu'aux professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une évaluation 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 puisse 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 AMI afin de fournir les données historiques requises dans le MED.A.035 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des  tats membres afin de faciliter l'application de l'ARA-MED.150 (c) (4).

Date : **28/11/2020**

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

[Signature]

DR Patrick CORREA
Médecin Aéronautique
N  3857 - FAA-00713

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM :		Prénoms :		Date de naissance (JJ/MM/AAAA):			
				Lieu de naissance :			
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 176 cm	(203) Poids 63 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 109 Diastolique 77		(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 88 Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> irrégulier
Examen clinique : Cochez chaque item							
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	<input checked="" type="checkbox"/>	normal	anormal	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input checked="" type="checkbox"/>	normal	anormal
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympons, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire							
Pne. Air Sanguin Sat. Et av. Cœur & aort. Tabac = 0 Alc = 0 Spalt = 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	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

Oui ☐ Non ☒ Type : 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 29 Nombre d'erreurs 0

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis) (si 239/241 non réalisés)

Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	Oreille droite	Oreille gauche
	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" 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)	(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"/>

SpO2 = 0,87.

(248) Commentaires, limitations :

Après - PNE - 08-11-2027

(249) Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

Je soussigné 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 : 08-11-2025	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassadeurs DAKAR SENEGAL	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : Dr Patrick CORREA Médecin Aeronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAAC 0773
et lieu :	Fax :	Numéro d'AME :
E-mail :	Telephone :	