

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

(1) Pays de délivrance de licence : **Portugal**

(2) Certificat médical sollicité : Classe 1 ☐ Classe 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA ☒

(3) Nom : **DIENG**

(4) Nom de naissance : **DIENG**

(12) Genre sollicité ☐ initial ☐ renouvellement/prorogation

(5) Prénom(s) : **Alcume Badara**

(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **09-07-1990**

(7) Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐

(14) Type de licence désirée :

(8) Lieu et pays de naissance : **Senegal**

(9) Nationalité : **Senegalaise**

(15) Profession (principale) : **Steward**

(16) Employeur : **Avi Senegal SIA**

(17) Dernier examen médical :
Date : **29-07-2019**
Lieu : **Portugal**

(10) Adresse permanente : **Grand HBAO**
Pays : **Senegal**
N° de téléphone : **77 839 7289**
Courriel : **angeldieng@yahoo.fr**

(11) Adresse postale : (si différente)

(19) Conditions, limitations du certificat médical :
Non ☐ Oui ☒ détails : **5ans**

(18) Licence(s) de vol possédée(s)
types : Numéro de licence : **PT-190547** Pays de délivrance : **Portugal**

(21) Nombre total d'heures de vol : (22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :

(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 ☒ Oui ☐ Date : Lieu :
Détails :

(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :

(25) Type de vol envisagé :

(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ?
Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu :
Détails :

(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☐ Multipilote ☐

(28) Prenez-vous actuellement des médicaments ? Non ☒ Oui ☐
Nature et dose du médicament, depuis quand est-il pris et pourquoi :

(27) Consommez-vous de l'alcool ? Non ☒ Oui ☐ consommation journalière unités

(29) Consommez-vous du tabac ?
Non jamais ☒ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt :
Oui ☐ 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 |
|---|--------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------|
| (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"/> |
| (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"/> |
| (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"/> |
| (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"/> |
| (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"/> |
| (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"/> |
| (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"/> |
| (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 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"/> |
| (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"/> |
| (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"/> |
| | | | | | | (134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie | <input type="checkbox"/> |

(170) Affection cardiaque ☐ ☒

(171) Hypertension artérielle ☐ ☒

(172) Taux élevé de cholestérol ☐ ☒

(173) Epilepsie ☐ ☒

(174) Maladie mentale/suicide ☐ ☒

(175) Diabète ☐ ☒

(176) Tuberculose ☐ ☒

(177) Allergie/asthme/eczéma ☐ ☒

(178) Maladie héréditaire ☐ ☒

(179) Glaucome ☐ ☒

A remplir uniquement pour les femmes

(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation ☐ ☐

(151) Etes-vous enceinte ? ☐ ☐

(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   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 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 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 AME 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.130 (c) 1.5.

Date : **09-07-2025**

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

Dr. Patrick CORREA
Médecin Aéronautique
SN-SPD-004
DGAC N 3857 - 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 : **DIONG** Prénoms : **Alcoune Badara** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **09-07-1990**
Lieu de naissance : **MBACKE**

| | | | | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|---|--|--|
| (201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille 178 cm | (203) Poids 58 kg | (204) Yeux couleur Dark | (205) Cheveux couleur Noir | (206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 104 Diastolique 78 | (207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 64 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"/> | <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"/> |

Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire

PNC Air Senegal 8a, 35m, Noire 200 - fnt 7abue = 0
Haut = 0
Gut = 0
Dut = 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 | Corrigée à |
| Œil gauche sans correction | Corrigée à |
| Vision binoculaire, sans correction | Corrigée à |

(230) Vision Intermédiaire N14 lu à 100cm

| sans correction | | avec correction | |
|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Oui | Non | Oui | Non |
| <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(231) de près N5 lu à 30 - 50cm

| sans correction | | avec correction | |
|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Oui | Non | Oui | Non |
| <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> |
| Type : | Type : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input checked="" type="checkbox"/> |
| Réfraction | Sph | Cylindre | Axe |
| Œil droit | | | Ajouter |
| Œil gauche | | | |

(313) Perception des couleurs Normale ☐ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques Type I S H I H A R A

Nombre de tables présentées **20** Nombre d'erreurs **0**

(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'examineur | 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 checked="" type="checkbox"/> |

(248) Commentaires, limitations :

Apte classe PNC -> 09-07-2022

(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 : **09-07-2022** Nom et adresse du médecin-chef

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3637 - FAA-00773

(235) Analyse d'urine Normale ☒ Anormale ☐

| | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Glucose <input type="checkbox"/> | Protéines <input type="checkbox"/> | Sang <input type="checkbox"/> | Autres <input type="checkbox"/> |
|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|

Rapports annexés

| | Non réalisé | Date | normal | anormal |
|-------------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| (238) ECG | <input type="checkbox"/> | 09/07/2022 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (239) Audiogramme | <input type="checkbox"/> | 09/07/2022 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (240) Examen Ophtalmologique | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (241) Examen ORL | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (242) Lipides sanguins | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (243) Fonction respiratoire | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (320) Tonométrie G : D : mmHg | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (244) Divers(Sujet?) : | <input type="checkbox"/> | | <input 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 : **Apte** Nom : **Dr Patrick CORREA**
Signature : **Dr Patrick CORREA**
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3637 - 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 checked="" type="checkbox"/> | CLASSE 2 <input checked="" type="checkbox"/> | LAPL <input checked="" type="checkbox"/> | PNC/CCA <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------|--|--|--|----------------------------------|

REPUBLIQUE DU SENEGAL
CARTE D'IDENTITE CEDEAO
ECOWAS IDENTITY CARD / BILHETE DE IDENTIDADE CEDEAO

N° de la carte d'identité
1 03 19900109 00019 5

Prénoms
ALIOUNE BADARA

Nom
DIENG

Date de naissance
09/01/1990

Sexe
M

Taille
180 cm

Lieu de naissance
MBACKE

Date de délivrance
23/04/2018

Date d'expiration
22/04/2028

Centre d'enregistrement
COMM. DE DIEUPPEUL

Adresse du domicile
82 CITE COMICO OUAKAM

Code Pays
SEN

REPUBLIQUE DU SENEGAL
INFORMATIONS ELECTORALES

PERSONNE NON INSCRITE
SUR LE FICHIER ELECTORAL

NIN 1 225 1990 00047

I<SEN103199001<090001950<<<<<<<
9001099M2804224SEN<<<<<<<<<<<<8
DIENG<<ALIOUNE<BADARA<<<<<<<<<<<<



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)):

PT-19-0547

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

DIENG ALIOUNE BADARA

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

09/01/1990

(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)):

29/01/24

Date de l'examen aéro-médical (jj/mm/aaaa):
(Date of aero-medical assessment (dd/mm/yyyy)):

09/07/2025

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)):

09/07/2027

(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):

10/07/2025

(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 Aeronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773