

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:	
		<input type="checkbox"/> Classe 1 <input type="checkbox"/> Classe 2 <input checked="" type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input checked="" type="checkbox"/>	
(3) Nom : DIOP		(4) Nom de naissance	
(5) Prénom(s) : DIAWARA		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 31.03.1987	(7) Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
(8) Lieu et pays de naissance : Guedia wajye Senegal		(9) Nationalité : SENEGALAISE	
(10) Adresse permanente : Bambilor cité des Akjys vipla A c 32 Pays : senegal N° de téléphone : 77.610.97.28		(11) Adresse postale : (si différente) Pays : N° de téléphone :	
(12) Genre sollicité <input checked="" type="checkbox"/> initial <input type="checkbox"/> renouvellement/prorogation			
(14) Type de licence désirée :			
(15) Profession (principale) : PNC			
(16) Employeur : Air Senegal SA			
(17) Dernier examen médical : Date : Lieu :			
(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :			
(21) Nombre total d'heures de vol :		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :	
(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 type="checkbox"/> Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi:			
(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 :			

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
(101) Maladie ou opération oculaire	<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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(104) Allergie ou rhume des foins	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(107) Tension artérielle élevée ou basse	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(109) Diabète ou désordre hormonal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(111) Surdité ou maladie des oreilles	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(113) Traumatismes crâniens ou commotion	<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	<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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(116) Perte de conscience quel que soit le motif	<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, epilepsie, convulsions, paralysie, etc...	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(120) Tentative de suicide ou automutilation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(121) Mal des transports nécessitant médication	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(123) Paludisme, autre maladie tropicale	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(124) Test VIH positif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(125) Maladie sexuellement transmissible	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(127) Maladie musculaire ou squelettique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(128) Toute autre maladie ou blessure	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(129) Hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(131) Assurance vie refusée pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(132) Refus de licence de vol pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

(30) Remarques :

*Né en HyA.
Janv 2025 opéré Thy. = leucathox 100 g (1g/5) suivi.*

(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 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 DONNEES 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) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.130 (c) (4).

Date :

27.09.2025

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

DR STEPHEN CORREA
Médecin Aéronautique
DGAC N°3857 - MED-004

Réf Formulaire pour demande de certificat médical FDD Decision 2019-0102 08/09/2019

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : DIOR	Prénoms : DIARRA	Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 31.03.1981				
(201) Catégorie d'examen		Lieu de naissance : Guediawaye				
<input checked="" type="checkbox"/> Initial	(202) Taille 185 cm	(203) Poids 53 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg	(207) Pouls au repos
<input type="checkbox"/> Prorogation				Systolique 160	Diastolique 110	Pulsations (bpm) 80
<input type="checkbox"/> Renouvellement						Rythme <input type="checkbox"/> régulier
<input type="checkbox"/> Recours spécial						<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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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

Pile à 119. Sanguinolente à 119. bilan = RAS ; Repaire mal Aout 2025.

*Tolérance =
Acid =
III - Lérolgy.
Spas =
.*

(229) Cicatrisation. Plaie = RAS.

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 9	
Œil gauche sans correction		Corrigée à 9	
Vision binoculaire, sans correction		Corrigée à 10	

(230) Vision Intermédiaire

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

(231) de près

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

(232) Lunettes

		(233) Lentilles de contact	
Oui	Non	Oui	Non
Type :		Type :	

Réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter
Œil droit				
Œil gauche				

(313) Perception des couleurs

		Normale	Anormale
Tables pseudo-isochromatiques		Type I SHIHARA 20	<input type="checkbox"/>

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

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

		Oreille droite	Oreille gauche
(si 239/241 non réalisé)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur

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"/>	Normal	<input type="checkbox"/>
Anormal	<input type="checkbox"/>	Anormal	<input type="checkbox"/>

Age = 0,97

CR coudé = 2,3 ACT = 59 SGOT = 50 SGPT = 106.

Bilan hépatique = RAS.

Apte PNE → 27.09.2027

VDL.

CR coudé = 2,3 ACT = 59 SGOT = 50 SGPT = 106.

Bilan hépatique = RAS.

Apte PNE → 27.09.2027

VDL.

CR coudé = 2,3 ACT = 59 SGOT = 50 SGPT = 106.

Bilan hépatique = RAS.

Apte PNE → 27.09.2027

VDL.

CR coudé = 2,3 ACT = 59 SGOT = 50 SGPT = 106.

Bilan hépatique = RAS.

Apte PNE → 27.09.2027

VDL.

CR coudé = 2,3 ACT = 59 SGOT = 50 SGPT = 106.

Bilan hépatique = RAS.

Apte PNE → 27.09.2027

VDL.

CR coudé = 2,3 ACT = 59 SGOT = 50 SGPT = 106.

Bilan hépatique = RAS.

Apte PNE → 27.09.2027

VDL.

CR coudé = 2,3 ACT = 59 SGOT = 50 SGPT = 106.

Bilan hépatique = RAS.

Apte PNE → 27.09.2027

VDL.

CR coudé = 2,3 ACT = 59 SGOT = 50 SGPT = 106.

Bilan hépatique = RAS.

Apte PNE → 27.09.2027

VDL.

CR coudé = 2,3 ACT = 59 SGOT = 50 SGPT = 106.

Bilan hépatique = RAS.

Apte PNE → 27.09.2027

VDL.

CR coudé = 2,3 ACT = 59 SGOT = 50 SGPT = 106.

Bilan hépatique = RAS.

Apte PNE → 27.09.2027

VDL.

CR coudé = 2,3 ACT = 59 SGOT = 50 SGPT = 106.

Bilan hépatique = RAS.

Apte PNE → 27.09.2027

VDL.

CR coudé = 2,3 ACT = 59 SGOT = 50 SGPT = 106.

Bilan hépatique = RAS.

Apte PNE → 27.09.2027

VDL.

CR coudé = 2,3 ACT = 59 SGOT = 50 SGPT = 106.

Bilan hépatique = RAS.

Apte PNE → 27.09.2027

VDL.

CR coudé = 2,3 ACT = 59 SGOT = 50 SGPT = 106.

Bilan hépatique = RAS.

Apte PNE → 27.09.2027

VDL.

CR coudé = 2,3 ACT = 59 SGOT = 50 SGPT = 106.

Bilan hépatique = RAS.

Apte PNE → 27.09.2027

VDL.

CR coudé = 2,3 ACT = 59 SGOT = 50 SGPT = 106.

Bilan hépatique = RAS.

Apte PNE → 27.09.2027

VDL.

CR coudé = 2,3 ACT = 59 SGOT = 50 SGPT = 106.

Bilan hépatique = RAS.

Apte PNE → 27.09.2027

VDL.

CR coudé = 2,3 ACT = 59 SGOT = 50 SGPT = 106.

Bilan hépatique = RAS.

Apte PNE → 27.09.2027

VDL.

CR coudé = 2,3 ACT = 59 SGOT = 50 SGPT = 106.

Bilan hépatique = RAS.

Apte PNE → 27.09.2027

VDL.

CR coudé = 2,3 ACT = 59 SGOT = 50 SGPT = 106.

Bilan hépatique = RAS.

Apte PNE → 27.09.2027

VDL.

CR coudé = 2,3 ACT = 59 SGOT = 50 SGPT = 106.

Bilan hépatique = RAS.

Apte PNE → 27.09.2027

VDL.

CR coudé = 2,3 ACT = 59 SGOT = 50 SGPT = 106.

Bilan hépatique = RAS.

Apte PNE → 27.09.2027

VDL.

CR coudé = 2,3 ACT = 59 SGOT = 50 SGPT = 106.

Bilan hépatique = RAS.

Apte PNE → 27.09.2027

VDL.

CR coudé = 2,3 ACT = 59 SGOT = 50 SGPT = 106.

Bilan hépatique = RAS.