

# 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:   |  |
| (3) Nom : <b>Diagne</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"/> |  |
| (5) Prénom(s) : <b>Ndeye Lory</b>  |  | (4) Nom de naissance : <b>Diagne</b>   |  |
| (8) Lieu et pays de naissance : <b>SKB, Senegal</b>  |  | (7) Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input checked="" type="checkbox"/>   |  |
| (10) Adresse permanente : <b>cité Keur Gorgue</b>  |  | (11) Adresse postale (si différente)   |  |
| (18) Licence(s) de vol possédée(s) types   |  | (19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :  |  |
| (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 : |  | (21) Nombre total d'heures de vol :  |  |
| (24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :  |  | (22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :   |  |
| (27) Consommez-vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités   |  | (23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :  |  |
| (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 :  |  | (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 :             |  |

**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). Détailler 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"/> | <b>Antécédents familiaux</b>                                |                                     |                                     |  |
| (102) Avez-vous porté ou portez-vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact | <input checked="" type="checkbox"/> | <input 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 checked="" type="checkbox"/> | <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"/> | <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 type="checkbox"/> | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> | <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"/> | <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"/> |  |
|   |                                     |                                     |   |                          |                                     |   |                          |                                     | <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 :  
**Petit HTA. New cholest. Abloya Almt fructeur**

(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 déjà 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 AM  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 rester 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 MÉD 130 peuvent être stockées électroniquement et mis à la disposition de mon AM  afin de fournir les données historiques requises dans le MÉD 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 MÉD 150 (c) (4).

Date : **13.11.2025**

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

*[Signature]*

**DR Patrick GORREA**  
Médecin Aéronautique  
SN-MÉD 130  
DGAC N 3857 - FAA-0073



# RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

|  |                               |                             |                                   |  |   |  |  |
|--|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|--|---|--|--|
| NOM : <b>Diagne</b>  |                               | Prénoms : <b>Ndeye Lary</b> |                                   | Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : <b>15-12-79</b> |   | Lieu de naissance : <b>Sakar</b>   |  |
| (201) Catégorie d'examen<br><input checked="" type="checkbox"/> Initial<br><input type="checkbox"/> Prorogation<br><input type="checkbox"/> Renouvellement<br><input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille<br><b>180</b> cm | (203) Poids<br><b>85</b> kg | (204) Yeux couleur<br><b>Noir</b> | (205) Cheveux couleur<br><b>Noir</b>             | (206) Tension artérielle (assis) mmHg<br>Systolique <b>149</b><br>Diastolique <b>76</b> | (207) Pouls au repos<br>Pulsations (bpm) <b>88</b><br>Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier<br><input type="checkbox"/> irrégulier |  |

| Examen clinique : Cochez chaque item           | normal                              | anormal                  | Examen clinique : Cochez chaque item                     | 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, tympons, 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.  
**Pne Aïn Semgall 8H (2021) 46 ans. Nandi 2.5m/h. Tcbeu = 0. Acluso 11 = 0. Spout = 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 <b>10</b> |
| Œil gauche sans correction          | Corrigée à <b>10</b> |
| Vision binoculaire, sans correction | Corrigée à <b>10</b> |

| (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 checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Œil gauche                 |  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vision binoculaire         |  | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Œil gauche         |  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vision binoculaire |  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| (232) Lunettes   |                 | (233) Lentilles de contact                                |                 |
|--|-----------------|---|-----------------|
| Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Type : <b>A</b> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Type : <b>A</b> |
| Réfraction   | Sph             | Cylindre  | Axe             |
| Œil droit  |                 |   | Ajouter         |
| Œil gauche   |                 |   |                 |

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| (313) Perception des couleurs         | Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/> |
| Tables pseudo-isochromatiques         | Type I S H I H A R A   |
| Nombre de tables présentées <b>20</b> | Nombre d'erreurs <b>0</b>  |

| (234) Audition   |  | (si 239/241 non réalisé)   |                     |
|--|--|--|---------------------|
| 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) |
| Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> |   | Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>            |         |
|  |   | Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> |         |

(248) Commentaires, limitations : **VDL.**

(235) Analyse d'urine Normale ☒ Anormale ☐  
 Glucose ☐ Protéines ☐ Sang ☐ Autres ☐

| Rapports annexés              | Non réalisé              | Date            | normal                              | anormal                  |
|-------------------------------|--------------------------|-----------------|-------------------------------------|--------------------------|
| (238) ECG                     | <input type="checkbox"/> | <b>13-11-95</b> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (239) Audiogramme             | <input type="checkbox"/> | <b>13-11-95</b> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (240) Examen Ophtalmologique  | <input type="checkbox"/> | <b>13-11-95</b> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (241) Examen ORL              | <input type="checkbox"/> | <b>13-11-95</b> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (242) Lipides sanguins        | <input type="checkbox"/> | <b>13-11-95</b> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (243) Fonction respiratoire   | <input type="checkbox"/> |                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (320) Tonométrie G : D : mmHg | <input type="checkbox"/> |                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (244) Divers(Sujet?)          | <input type="checkbox"/> |                 | <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 : <b>Apte</b> | Nom : <b>Dr Patrick CORREA</b>       |
|                    | Signature : <b>Dr Patrick CORREA</b> |

(247) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

|  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>APTE pour la classe :</b>   | <input type="checkbox"/> <b>certificat médical délivré par le soussigné (copie jointe) pour la classe :</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>INAPTE pour la classe :</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Remis pour une évaluation complémentaire, dans l'affirmative, indiquer :</b>    |
| le destinataire :  |   |
| le motif :   |   |
| > Renvoi/concertation<br>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.<br>Décision N° ..... du .....<br>Libellé : |   |

| Champ d'application du certificat | CLASSE 1                 | CLASSE 2                 | LAPL                     | PNC/CCA                             |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

(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 : <b>17-11-95</b>                           | Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : <b>Dr Patrick CORREA</b> | Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : <b>Dr Patrick CORREA</b> |
| et lieu : <b>3, Av. des Ambassadeurs DAKAR SENEGAL</b> | Fax : <b>33 33 33 33 33 33</b>  | Numéro d'AME : <b>1004</b>   |



Date: 13/11/2025  
 Nom: Diagne  
 Prénom: Ndeye Lays  
 Date de naissance: 15/12/1979

# AUDIOGRAMME

