

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:	
		(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 : DIA		(4) Nom de naissance	
(5) Prénom(s) : SEYNABOU		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 03/03/1985 (7) Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input checked="" type="checkbox"/>	
(8) Lieu et pays de naissance : Loguinchor - Sénégal		(9) Nationalité : SENÉGALAISE	
(10) Adresse permanente : BIRA - OUAKAM Pays : SENEGAL N° de téléphone : 778439313 Courriel : nabonkenzo@gmail.com		(11) Adresse postale : (si différente) Pays : N° de téléphone :	
(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input type="checkbox"/> renouvellement/prorogation		(14) Type de licence désirée :	
		(15) Profession (principale) : PNC	
(16) Employeur : AIR SÉNÉGAL		(17) Dernier examen médical: Date 29 Octobre 2020 Lieu : DR KAOUK	
(18) Licencé(e)s de vol possédé(e)s		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :	
types	Numéro de licence	Pays de délivrance	
(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 :		(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) :	
(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 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Antécédents familiaux	
(101) Maladie ou opération oculaire		(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage		(123) Paludisme, autre maladie tropicale		<input type="checkbox"/>			
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact		(113) Traumatismes crânien ou commotion		(124) Test VIH positif		<input type="checkbox"/>		(170) Affection cardiaque <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
		(114) Maux de tête fréquents ou graves		(125) Maladie sexuellement transmissible		<input type="checkbox"/>		(171) Hypertension artérielle <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen		(115) Accès de vertige/évanouissement		(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil		<input type="checkbox"/>		(172) Taux élevé de cholestérol <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
(104) Allergie ou rhume des foins		(116) Perte de conscience quel que soit le motif		(127) Maladie musculaire ou squelettique		<input type="checkbox"/>		(173) Epilepsie <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
(105) Asthme ou maladie pulmonaire		(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...		(128) Toute autre maladie ou blessure		<input type="checkbox"/>		(174) Maladie mentale/suicide <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux		(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature		(129) Hospitalisation		<input type="checkbox"/>		(175) Diabète <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
(107) Tension artérielle élevée ou basse		(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue		(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical		<input type="checkbox"/>		(176) Tuberculose <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines		(120) Tentative de suicide ou automutilation		(131) Assurance vie refusée pour motif médical		<input type="checkbox"/>		(177) Allergie/asthme/eczéma <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
(109) Diabète ou désordre hormonal				(132) Refus de licence de vol pour motif médical		<input type="checkbox"/>		(178) Maladie héréditaire <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins		(121) Mal des transports nécessitant médication		(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical		<input type="checkbox"/>		(179) Glaucome <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
(111) Surdité ou maladie des oreilles		(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines		(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie		<input 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 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, 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 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 MiDA.035 (b) (2) (ii) / (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 : **06/11/2020**

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

DR PATRICK MELLOU
Médecin aéronautique
SN-MELLOU
DGAC N°3857 - FAA-00773

Ref Formulaire pour demande de certificat médical (19) version 2019/02/13 09:09

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL
(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)
POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : DIA	Prénoms : SAYNABOU	Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 03/03/1985				
(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	178 cm	70 kg	Brown	Dark	Systolique 107	Diastolique 78
<input type="checkbox"/> Prorogation					Pulsations (bpm)	Rythme régulier 72
<input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement						<input type="checkbox"/> irrégulier
<input type="checkbox"/> Recours spécial						

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"/>
(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire	PNC sur Sénégal SA, Nuit 4 côte, élévation, 40cm Pôle => Ailes droites malades				

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

(231) de près

N5 lu à 30 - 50cm sans correction avec correction

Oui	Non	Oui	Non
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil droit			
Œil gauche			
Vision binoculaire			

(232) Lunettes

Oui Non

Type : Type :

Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter

Œil droit

Œil gauche

(233) Lentilles de contact

Oui Non

Nombre de tables présentées 20 Nombre d'erreurs 0

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

(si 239/241 non réalisé)

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

Oreille droite Oui Non

Oreille gauche Oui Non

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 Anormal Normal Anormal Normal Anormal

13,4 (g/dl)

(248) Commentaires, limitations :

Q62 CT = 2,63 LD2 = 2,73. à annuler.

Apt PNC → . 06-11-2027.

(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 :

et lieu:

10-11-2025

Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé:

Fax:

Telephone:

E-mail:

Dr Patrick CORREA

3. AV. des Ambassades

DAKAR SENEGAL

Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature:

Numéro d'AME:

SN-AED-004

13-09-2019

FAA-00773

DGA Réf Rapport examen médical 03.09.2019

Date : 06/11/2095
Nom : DIA
Prénom : Seynabou
Date de Naissance : 03/03/1985

AUDIOGRAMME

