

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 ☐ Classe 2 ☒ LAPL ☐ PNC/CCA ☒	
(3) Nom : FALL		(4) Nom de naissance		(12) Genre sollicité ☒ initial ☐ renouvellement/prorogation	
(5) Prénom(s) : MOUTHAMADU MOUTASTHA		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 12/08/78		(7) Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐	
(8) Lieu et pays de naissance : SENE		(9) Nationalité : Sénégalaise		(14) Type de licence désirée : PNC	
(10) Adresse permanente : Sans		(11) Adresse postale : (si différente)		(15) Profession (principale) : AIR SENEGAL	
(16) Employeur : AIR SENEGAL		(17) Dernier examen médical : Date : Lieu :		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ☐ Oui ☐ détails :	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéro de licence Pays de délivrance		(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 :		(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 :		(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	☒	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	☒	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	☒	Antécédents familiaux	
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	☒	(113) Traumatismes crâniens ou commotion	☒	(124) Test VIH positif	☒	(170) Affection cardiaque	☒
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	☒	(114) Maux de tête fréquents ou graves	☒	(125) Maladie sexuellement transmissible	☒	(171) Hypertension artérielle	☒
(104) Allergie ou rhume des foies	☒	(115) Accès de vertige/évanouissement	☒	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	☒	(172) Taux élevé de cholestérol	☒
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	☒	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	☒	(127) Maladie musculaire ou squelettique	☒	(173) Epilepsie	☒
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	☒	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	☒	(128) Toute autre maladie ou blessure	☒	(174) Maladie mentale/suicide	☒
(107) Tension artérielle élevée ou basse	☒	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	☒	(129) Hospitalisation	☒	(175) Diabète	☒
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	☒	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	☒	(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	☒	(176) Tuberculose	☒
(109) Diabète ou désordre hormonal	☒	(120) Tentative de suicide ou automutilation	☒	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	☒	(177) Allergie/asthme/eczéma	☒
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	☒	(121) Mal des transports nécessitant médication	☒	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	☒	(178) Maladie héréditaire	☒
(111) Surdité ou maladie des oreilles	☒	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	☒	(133) Exempt� ou réformé du service national pour motif médical	☒	(179) Glaucome	☒
				A remplir uniquement pour les femmes			
				(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation			
				(151) Etes-vous enceinte ?			

(30) Remarques : 101: Myopie 106: Allergie aux crustacés 126: Apnée du sommeil

(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 médical ou dans le cadre d'un recours. En reconnaissant que ces documents ou données stockées électroniquement doivent être utilisés pour compléter une évaluation médical 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 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.150 (c) (4).

Date : 02/03/26 Signature du demandeur : [Signature] Signature du médecin examinateur : [Signature]



RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : FALL		Prénoms : NICHAMADOU NOSTAPHA		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 12/08/78		Lieu de naissance : DAKAR	
(201) Catégorie d'examen ☒ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 177 cm	(203) Poids 78 kg	(204) Yeux couleur Mbr	(205) Cheveux couleur Mbr	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 118 Diastolique 77		(207) Pouls au repos 64

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal	normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	☒	☐	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	☒
(209) Cavité buccale, gorge, dents	☒	☐	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	☒
(210) Nez, sinus	☒	☐	(220) système génito-urinaire	☒
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	☒	☐	(221) Système endocrinien, thyroïde	☒
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	☒	☐	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	☒
(213) Yeux - pupilles	☒	☐	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	☒
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	☒	☐	(224) Examen neurologique- réflexes etc	☒
(215) Poumons, thorax, seins	☒	☐	(225) Psychiatrie	☒
(216) Cœur	☒	☐	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	☒
(217) Système vasculaire	☒	☐	(227) Etat général	☒

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
PNC Air Sénégal SA, 48 ans, marié 5 enfants -
VIZL+

Tobac = 0
Alcool = 0
Sport = 1
Alc = 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 N14 lu à 100cm	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	☒	☐	☒	☐
Œil gauche	☒	☐	☒	☐
Vision binoculaire	☒	☐	☒	☐

(231) de près N5 lu à 30 - 50cm	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	☒	☐	☒	☐
Œil gauche	☒	☐	☒	☐
Vision binoculaire	☒	☐	☒	☐

(232) Lunettes	(233) Lentilles de contact
Oui ☐ Non ☒	Oui ☐ Non ☒
Type : Réfraction Sph	Type : Cylindre Axe Ajouter
Œil droit	
Œil gauche	

(313) Perception des couleurs	Normale ☐ Anormale ☐
Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHARA
Nombre de tables présentées 20	Nombre d'erreurs 0

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis) (si 239/241 non réalisés)		Oreille droite	Oreille gauche
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	Oui ☒ Non ☐	Oui ☒ Non ☐	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)	(g/dl)
Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐

(235) Analyse d'urine Normale ☐ Anormale ☐

Glucose	Protéines	Sang	Autres
---------	-----------	------	--------

Rapports annexés	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	☒	02/03/26	☒	☐
(239) Audiogramme	☒	02/03/26	☒	☐
(240) Examen Ophtalmologique	☒	02/03/26	☒	☐
(241) Examen ORL	☒	02/03/26	☒	☐
(242) Lipides sanguins	☒	02/03/26	☒	☐
(243) Fonction respiratoire	☒	02/03/26	☒	☐
(320) Tonométrie G : D : mmHg	☐		☐	☐
(244) Divers(Sujet?)	☐		☐	☐

(247 bis) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude

Avis : Apt	Nom : Dr Patrick CORREA
	Signature : [Signature]
	Medicine Aeronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - 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 ☐	CLASSE 2 ☐	LAPL ☐	PNC/OCA ☒
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	---

(248) Commentaires, limitations : V.M.L. (242) Triglycérides = 1,97 à renouveler (L) Apte PNE → 02-07-28.
--

(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 : et lieu : 03-03-2026	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : Patrick CORREA Medicine Aeronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773
Fax : Telephone : E-mail :		Numéro d'AME :

AUDIOGRAMME

Date : 02/03/26

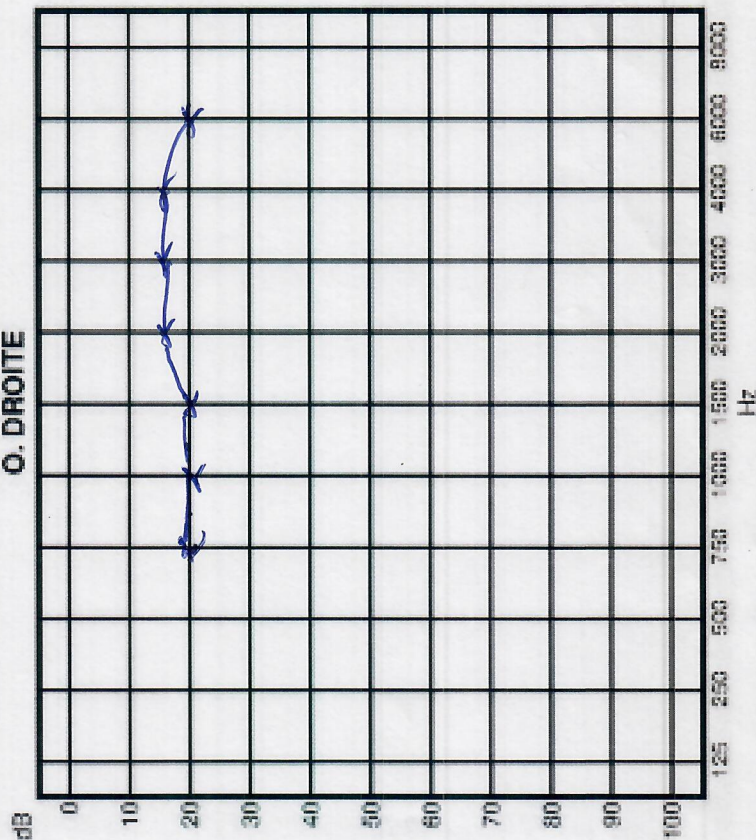
Nom :

Prénom : Pourhamadou Youssoupha FALL

Date de Naissance : 12/08/98

Dr Patrick CORREA
Médecin Aéronautique
ED-D 04
Méd. ED-AA-007T3
SN 382
DGAC N° 382

O. DROITE



O. GAUCHE

