

## **FORMULAIRE**

#### SN-SEC-MED-FORM-01-A

## EXAMEN MEDICAL DU PERSONNEL DE L'AERONAUTIQUE CIVILE

Date d'application : 10/09/2018

Page 1 sur 1

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : OUI NON  1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle 2 Taux de cholestérol élevé 3 Maladie respiratoire 4 Maladies de l'estomac 5 Maladies du foie 6 Diabète 7 Maladies du foie 8 Maladies rénales 8 Maladies rénales 9 Maladies articulaires et du dos 9 Maladie thyroïdienne 10 Turmeur ou maladie cancéreuse 11 CEII : choc, maladies, troubles visuels  Y Toubles du sommeil 14 Troubles du sommeil 15 Avez-vous subi une intervention chirurgicale? 16 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux? 17 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux? 18 Etes-vous un consommateur de tabac? 19 Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s)? 20 Faites-vous usage de drogues illicites? 21 Consommez-vous de l'alcool? 22 Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles 23 Avez-vous été réformé ou exempté de service national? 24 Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler?	OLAGOL I III	sse U						
Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique  om: DIAGNÉ rénom: Manhamadeu Mansou ationalité: Senécaluse Sexe: F Q/M élée) le: DA/DIJ1953 à Dakau lieu et date de l'examen médical: Ans Dalbau dresse: 59 A Scat Unbam dresse: 59 A Scat Unbam dresse: 59 A Scat Unbam dréssion/activité: Enhaperanu situation de famille: Cet/bahane vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique? dous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique? dous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique? dous avez été déclaré: Apte   Inapte Antécédents familiaux: Avez-vous connaissance de l'existence d'une maladie grave parmi les proche de votre famille (grands-parents, parents, frères sœurs) ?  Souffrez-vous du avez-vous souffert de: 1 Troubles cardiaques, hyportension artérielle 2 Taux de foliesterial elve 3 Maladie respiratoire 4 Maladies de l'estonane 5 Maladies du fole 7 Maladies rénales 8 Maladies de rétonane 8 Maladies articulaires et du dos 9 Maladie frespiratoire 1 Toutes candiaques articulaires et du dos 9 Maladie frespiratoire 1 Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéroin   Planeur   Activités (Aéroclub, Centre)   Ballon     Aérodrome: Activité: (Aéroclub, Centre)   Aérodrome: Activités aériennes antérieures: Heures de vol:     Maladies aériennes antérieures: Heures de vol:   Mon	NOM DE L'EMPLOYEUR :			*******				
Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique    Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique   Activité(s) pratiques	110111 22 2 2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1							
Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique  m: DIAGNÉ énom: cNauhamader Manseu  titionalité: Selécaulisé Sexe: F tXM   Avion   Planeur  titionalité: Selécaulisé Sexe: B tXM   Hilliopatire   Ballon	ADDESSE .							
Activité(s) pratiques    Activité(s) pratiques   Activ	ADRESSE							
Activité(s) pratiques    Activité(s) pratiques   Activ	Catta wa	uo oot à fa	iro romni	lir nar le	Personnel Aéronautio	iue		
inami: Chauhamadou Mansoru  tionalité: SENEGAUISE Sexe: FXM (e) le: 06/01/1933 à: Dabar  use to date de l'examen médical: Ans u-10-2023 resses: 59 A Scat Unbam  léphone: 17.20 IR-18 email: msuhamadol mansoru  sofession/activité: Enhaperaru  uation de famille: Culbahane  use tes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique?  OUI: Date: Lieu: Nom du médecin:  Dus étes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique?  OUI: Date: Lieu: Nom du médecin:  Dus avez été déclaré: Apte   Inapte   I		ge est a la	ine rempi	iii pai ic	A	ctivité(s) pratiques		
tionalité : SENEGALAISE   Sexe : F K/M   Hélicoptère   Ballon   Hélicoptère   Autres précisez : Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre)   Aérodrome : Activités aériennes antérieures : Heures de vol : Heures précisez : Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) Aérochome : Activités aériennes antérieures : Activités aériennes	DIAGNU Jan Mans	mil						
Autres precise2:   Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre)   Aérocrome :   Aérodrome :	nom: chownamacoust chairs				<b>⊠</b> Avion	□ Planeur		
Autres precise2:   Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre)   Aérocrome :   Aérodrome :	ionalité: SENEGALAISE	Sexe : □	F 攻M		□ Hálicentòre	☐ Ballon		
Autres precisez:   Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre)   Aérodrome : Activités aériennes antérieures : Heures de vol : Heu	e) le : <u>06/01/1953</u> à :	Dakar	•		·			
Aérodrome: Activités aériennes antérieures: Heures de vol:  Heures de voles familleures:  Heur	uet date de l'examen médical : Ans	W-10-2	023		☐ Autres précise	Z:		
Activités aériennes antérieures :  ofession/activité : Enterpreneur   Activités aériennes antérieures :  utation de famille : Culbabare   Activités aériennes antérieures :  Dus étes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ?	591 Scat Urbam				Cadre d'activité : (Aér	oclub, Centre) A & 🕠	clu	9
tuation de famille : Cribertaire  pus êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? OUI  NON  OUI : Date : :	esse. July July Deserting				(. A évadrama :			
pus étes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? OUI	20.4	1 mad	-lmans	oug)	Aerodrome:			
tuation de famille : Cettache   Dus êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ?   OUI	éphone : 11-12-18 email : Mi	unamao		e e	Activités aériennes au	ntérieures :		
tuation de famille : Cella chance  Dus êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ?	ofession/activité: Enherreneur				/ tourned donormed an			
Dus êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ?	ustion do famillo : Califa taine							
OUI : Date : : / / Lieu : Nom du médecin :   Nom du médecin :	addon do ranimo .							
Répondez aux questions suivantes :   OUI   NCI	40 4102 010 4001410					ille (grande parente p	aronte	fràras
Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : OUI NON   Troubles cardiaques, hypertension artérielle   Ms   Y   2	técédents familiaux : Avez-vous connaissan		nce d'une ma	aladie grav	ve parmi les proche de votre f	amille (grands-parents, pa	arents,	frères
Troubles cardiaques, hypertension artérielle  Taux de cholestérol élevé  Maladier respiratoire  Maladies de l'estomac  Maladies de l'estomac  Maladies du foie  Maladies du foie  Maladies rénales  Maladies articulaires et du dos  Maladies articulaires et du dos  Maladies thyroïdienne  Maladies pertes de connaissance  Vertiges, pertes de connaissance  Vertiges, pertes de connaissance  Migraines  Déclaration du personnel aéronautique : Je soussigné, 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 autre que ceux que j'ai signalés. Je suis informée que cette fiche d'examen est adressée au service médical de l'aéronautique civile, dans le respect du secret médical, conformément aux testes en vigueur.  Maladies réspiratoire  X	técédents familiaux : Avez-vous connaissan	ce de l'exister	nce d'une ma			amille (grands-parents, pa		frères
Taux de cholestérol élevé   X	técédents familiaux : Avez-vous connaissan eurs ) ?   OUI  NON uestionnaires précisions sur les réponses « C	ce de l'exister		Répond	lez aux questions suivantes :	amille (grands-parents, pa		NO
4 Maladies de l'estomac  5 Maladies du foie  6 Diabète  7 Maladies rénales  8 Maladies articulaires et du dos  9 Maladie thyroïdienne  10 Tumeur ou maladie cancéreuse  11 Œil : choc, maladies, troubles visuels  12 Vertiges, pertes de connaissance  13 Migraines  Déclaration du personnel aéronautique : Je soussigné, 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 autre que ceux que j'ai signalés. Je suis informée que cette fiche d'examen est adressée au service médical de l'aéronautique civile, dans le respect du secret médical, conformément aux testes en vigueur.  18 Etes-vous un consommateur de tabac?  19 Prenez-vous actuellement un ou des médicanent(s)?  20 Faites-vous usage de drogues illicites?  21 Consommez-vous de l'alcool?  22 Portez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles  23 Avez-vous été réformé ou exempté de service national?  24 Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler?  25 Autres  Date et signature du personnel aéronautique de l'aéronautique civile, dans le respect du secret médical, conformément aux testes en vigueur.  Tourtes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entrainerait une sanction	técédents familiaux : Avez-vous connaissan eurs ) ?   OUI  NON  uestionnaires précisions sur les réponses « Couffrez-vous ou avez-vous souffert de :	ce de l'exister	NON	Répond 14	lez aux questions suivantes : Troubles du sommeil Ayez-yous subi une intervention o	chirurgicale ?		NO ×
4 Maladies de l'estomac  5 Maladies du foie  6 Diabète  7 Maladies rénales  8 Maladies articulaires et du dos  9 Maladie thyroïdienne  10 Tumeur ou maladie cancéreuse  11 Œil : choc, maladies, troubles visuels  12 Vertiges, pertes de connaissance  13 Migraines  Déclaration du personnel aéronautique : Je soussigné, déclare avoir répondu de façon sincère aux questions qui m'ont été posées lors du présent examen et ne pas avoir connaissance de du secret médical, conformément aux testes en vigueur.  Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entrainerait une sanction	técédents familiaux : Avez-vous connaissanceurs ) ?   OUI NON  uestionnaires précisions sur les réponses « C  Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :  Troubles cardiaques, hypertension artériell	ce de l'exister	NON **	Répond 14 15	lez aux questions suivantes : Troubles du sommeil Avez-vous subi une intervention o Avez-vous eu un accident dans le	chirurgicale ?		NO ×
6 Diabète 7 Maladies rénales 8 Maladies articulaires et du dos 9 Maladie thyroïdienne 10 Tumeur ou maladie cancéreuse 11 Œil : choc, maladies, troubles visuels 12 Vertiges, pertes de connaissance 13 Migraines  Déclaration du personnel aéronautique : Je soussigné, 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 autre que ceux que j'ai signalés. Je suis informée que cette fiche d'examen est adressée au service médical de l'aéronautique civile, dans le respect du secret médical, conformément aux testes en vigueur.  13 Diabète 20 Faites-vous usage de drogues illicites? 21 Consommez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles 23 Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler? 24 Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler? 25 Autres  Date et signature du personnel aéronautique civile, dans le respect du secret médical, conformément aux testes en vigueur.  Tourtes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entrainerait une sanction	técédents familiaux : Avez-vous connaissanceurs ) ?   OUI NON  uestionnaires précisions sur les réponses « Couffrez-vous ou avez-vous souffert de :  Troubles cardiaques, hypertension artériell  Taux de cholestérol élevé	ce de l'exister	NON  *  *  *  *  *  *  *  *  *  *  *  *  *	Répond 14 15 16	lez aux questions suivantes : Troubles du sommeil Avez-vous subi une intervention o Avez-vous eu un accident dans le Avez-vous subi une intervention a	chirurgicale ? e passé ? au niveau des yeux ?		NC ×
7 Maladies rénales 8 Maladies articulaires et du dos 9 Maladie thyroïdienne 10 Tumeur ou maladie cancéreuse 11 Œil : choc, maladies, troubles visuels 12 Vertiges, pertes de connaissance 13 Migraines  Déclaration du personnel aéronautique : Je soussigné, 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 autre que ceux que j'ai signalés. Je suis informée que cette fiche d'examen est adressée au service médical de l'aéronautique civile, dans le respect du secret médical, conformément aux testes en vigueur.  10 Tumeur ou maladie cancéreuse 21 Avez-vous de l'alcool? 22 Portez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles 23 Avez-vous été réformé ou exempté de service national? 24 Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler? 25 Autres  Date et signature du personnel aéronautique de l'aéronautique civile, dans le respect du secret médical, conformément aux testes en vigueur.  Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entrainerait une sanction	técédents familiaux : Avez-vous connaissanceurs ) ? Z OUI INON lestionnaires précisions sur les réponses « C Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : I Troubles cardiaques, hypertension artériell Taux de cholestérol élevé Maladie respiratoire Maladies de l'estomac	ce de l'exister	NON  *  *  *  *  *  *  *  *  *  *  *  *  *	Répond 14 15 16 17	lez aux questions suivantes : Troubles du sommeil Avez-vous subi une intervention d Avez-vous eu un accident dans le Avez-vous subi une intervention d Etes-vous un consommateur de l	chirurgicale ? e passé ? au niveau des yeux ? rabac ?		NC ×
8 Maladies articulaires et du dos 9 Maladie thyroïdienne 10 Tumeur ou maladie cancéreuse 11 Œil : choc, maladies, troubles visuels 12 Vertiges, pertes de connaissance 13 Migraines  Déclaration du personnel aéronautique : Je soussigné, déclare avoir répondu de façon sincère aux questions qui m'ont été posées lors du présent examen et ne pas avoir connaissance de devenue stante autre que ceux que j'ai signalés. Je suis informée que cette fiche d'examen est adressée au service médical de l'aéronautique civile, dans le respect du secret médical, conformément aux testes en vigueur.  Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entrainerait une sanction	técédents familiaux : Avez-vous connaissanceurs ) ? Zd OUI INON lestionnaires précisions sur les réponses « Couffrez-vous ou avez-vous souffert de : Troubles cardiaques, hypertension artériell Troubles cardiaques, hypertension artériell Maladie respiratoire Maladies de l'estomac Maladies du foie	ce de l'exister	NON  *  *  *  *  *  *  *  *  *	Répond 14 15 16 17 18	lez aux questions suivantes : Troubles du sommeil Avez-vous subi une intervention of Avez-vous eu un accident dans le Avez-vous subi une intervention of Etes-vous un consommateur de l Prenez-vous actuellement un ou	chirurgicale ? e passé ? au niveau des yeux ? eabac ? des médicament(s) ?		NO X X X
9 Maladie thyroïdienne 10 Tumeur ou maladie cancéreuse 11 Œil : choc, maladies, troubles visuels 12 Vertiges, pertes de connaissance 13 Migraines  Déclaration du personnel aéronautique : Je soussigné, 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 autre que ceux que j'ai signalés. Je suis informée que cette fiche d'examen est adressée au service médical de l'aéronautique civile, dans le respect du secret médical, conformément aux testes en vigueur.  Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entrainerait une sanction	técédents familiaux : Avez-vous connaissanceurs ) ? Z OUI NON lestionnaires précisions sur les réponses « C Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : Troubles cardiaques, hypertension artériell Taux de cholestérol élevé Maladie respiratoire Maladies de l'estomac Maladies du foie Diabète	ce de l'exister	NON  *  *  *  X  X  X	Répond 14 15 16 17 18 19 20	lez aux questions suivantes : Troubles du sommeil Avez-vous subi une intervention of Avez-vous eu un accident dans le Avez-vous subi une intervention of Etes-vous un consommateur de l Prenez-vous actuellement un ou Faites-vous usage de drogues ille Consommez-vous de l'alcool?	chirurgicale ? e passé ? au niveau des yeux ? abac ? des médicament(s) ? cites ?		NC × × × × ×
11 CEil : choc, maladies, troubles visuels  12 Vertiges, pertes de connaissance  13 Migraines  Déclaration du personnel aéronautique : Je soussigné, 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 autre que ceux que j'ai signalés. Je suis informée que cette fiche d'examen est adressée au service médical de l'aéronautique civile, dans le respect du secret médical, conformément aux testes en vigueur.  Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entrainerait une sanction	técédents familiaux : Avez-vous connaissanceurs ) ?	ce de l'exister	NON  X  X  X  X  X	Répond 14 15 16 17 18 19 20	lez aux questions suivantes : Troubles du sommeil Avez-vous subi une intervention of Avez-vous eu un accident dans le Avez-vous subi une intervention of Etes-vous un consommateur de l Prenez-vous actuellement un ou Faites-vous usage de drogues ille Consommez-vous de l'alcool?	chirurgicale ? e passé ? au niveau des yeux ? abac ? des médicament(s) ? cites ?	OUI	NC × × × × ×
12 Vertiges, pertes de connaissance 13 Migraines  Déclaration du personnel aéronautique : Je soussigné, 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 autre que ceux que j'ai signalés. Je suis informée que cette fiche d'examen est adressée au service médical de l'aéronautique civile, dans le respect du secret médical, conformément aux testes en vigueur.  Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entrainerait une sanction	técédents familiaux : Avez-vous connaissanceurs ) ?	ce de l'exister	NON  *  *  X  X  X  X  X	Répond 14 15 16 17 18 19 20 21	lez aux questions suivantes : Troubles du sommeil Avez-vous subi une intervention of Avez-vous eu un accident dans le Avez-vous subi une intervention of Etes-vous un consommateur de 1 Prenez-vous actuellement un ou Faites-vous usage de drogues illi Consommez-vous de l'alcool ? Portez-vous ou avez-vous ou avegu des lentilles	chirurgicale ? e passé ? au niveau des yeux ? abac ? des médicament(s) ? cites ? ez-vous porté des lunettes	OUI	NO X X X X X
12 Vertiges, pertes de connaissance 13 Migraines  Déclaration du personnel aéronautique : Je soussigné, 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 autre que ceux que j'ai signalés. Je suis informée que cette fiche d'examen est adressée au service médical de l'aéronautique civile, dans le respect du secret médical, conformément aux testes en vigueur.  Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entrainerait une sanction	técédents familiaux : Avez-vous connaissanceurs ) ?	ce de l'exister	NON  *  *  *  *  *  *  *  *  *  *  *  *  *	Répond 14 15 16 17 18 19 20 21 22	lez aux questions suivantes : Troubles du sommeil Avez-vous subi une intervention of Avez-vous eu un accident dans le Avez-vous subi une intervention of Etes-vous un consommateur de l' Prenez-vous actuellement un ou Faites-vous usage de drogues illi Consommez-vous de l'alcool ? Portez-vous ou avez-vous ou avec ou des lentilles Avez-vous été réformé ou exemp	chirurgicale ? e passé ? au niveau des yeux ? abac ? des médicament(s) ? cites ? ez-vous porté des lunettes	OUI	NO X X X X X
Déclaration du personnel aéronautique : Je soussigné, déclare avoir répondu de façon sincère dux questions qui m'ont été posées lors du présent examen et ne pas avoir connaissance de roubles de mon état de santé autre que ceux que j'ai signalés. Je suis informée que cette fiche d'examen est adressée au service médical de l'aéronautique civile, dans le respect du secret médical, conformément aux testes en vigueur.	técédents familiaux : Avez-vous connaissanceurs ) ?	ce de l'exister	NON  *  *  X  X  X  X  X  X  X  X  X  X  X	Répond 14 15 16 17 18 19 20 21 22	lez aux questions suivantes : Troubles du sommeil Avez-vous subi une intervention of Avez-vous eu un accident dans le Avez-vous subi une intervention of Etes-vous un consommateur de l Prenez-vous actuellement un ou Faites-vous usage de drogues illi Consommez-vous de l'alcool ? Portez-vous ou avez-vous ou ave ou des lentilles Avez-vous été réformé ou exemps se candidates :	chirurgicale ? e passé ? au niveau des yeux ? abac ? des médicament(s) ? cites ? ez-vous porté des lunettes oté de service national ?	OUI	NC X X X X X
dux questions qui m'ont été posées lors du présent examen et ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé autre que ceux que j'ai signalés. Je suis informée que cette fiche d'examen est adressée au service médical de l'aéronautique civile, dans le respect du secret médical, conformément aux testes en vigueur.  Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entrainerait une sanction	técédents familiaux : Avez-vous connaissanceurs ) ?	ce de l'exister	NON  *  *  X  X  X  X  X  X  X  X  X  X  X	Répond 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 Pour le 24	lez aux questions suivantes : Troubles du sommeil Avez-vous subi une intervention of Avez-vous eu un accident dans le Avez-vous subi une intervention of Etes-vous un consommateur de l' Prenez-vous actuellement un ou Faites-vous usage de drogues illi Consommez-vous de l'alcool ? Portez-vous ou avez-vous ou ave ou des lentilles Avez-vous été réformé ou exemples candidates : Avez-vous des antécédents gyné	chirurgicale ? e passé ? au niveau des yeux ? abac ? des médicament(s) ? cites ? ez-vous porté des lunettes oté de service national ?	OUI	NC X X X X X
aux questions qui m'ont été posees lors du présent examen et ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé autre que ceux que j'ai signalés. Je suis informée que cette fiche d'examen est adressée au service médical de l'aéronautique civile, dans le respect du secret médical, conformément aux testes en vigueur.  Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entrainerait une sanction	técédents familiaux : Avez-vous connaissanceurs ) ?	Ce de l'exister  DUI »  OUI  Ie	NON  X  X  X  X  X  X  X  X  X  X  X  X  X	Répond 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 Pour le 25	lez aux questions suivantes : Troubles du sommeil Avez-vous subi une intervention of Avez-vous eu un accident dans le Avez-vous subi une intervention of Etes-vous un consommateur de l Prenez-vous actuellement un ou Faites-vous usage de drogues illi Consommez-vous de l'alcool ? Portez-vous ou avez-vous ou avec ou des lentilles Avez-vous été réformé ou exemps se candidates : Avez-vous des antécédents gyne Autres	chirurgicale ? a passé ? au niveau des yeux ? abac ? des médicament(s) ? cites ? ez-vous porté des lunettes oté de service national ?	OUI ·	NCC XX XX XX XX XX
d'examen est adressée au service médical de l'aéronautique civile, dans le respect du secret médical, conformément aux testes en vigueur.  Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entrainerait une sanction	técédents familiaux : Avez-vous connaissanceurs ) ?	Ce de l'exister  OUI »  OUI  le  Ma  e soussigné,	NON  *  *  *  *  *  *  *  *  *  *  *  *  *	Répond 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 Pour le 24 25	lez aux questions suivantes : Troubles du sommeil Avez-vous subi une intervention of Avez-vous eu un accident dans le Avez-vous subi une intervention of Etes-vous un consommateur de 1 Prenez-vous actuellement un ou Faites-vous usage de drogues illi Consommez-vous de l'alcool ? Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous été réformé ou exemps candidates : Avez-vous des antécédents gyne Autres du de façon sincère	chirurgicale ? a passé ? au niveau des yeux ? abac ? des médicament(s) ? cites ? ez-vous porté des lunettes oté de service national ?	OUI ·	NO X X X X X
médical, conformément aux testes en vigueur.  Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entrainerait une sanction	técédents familiaux : Avez-vous connaissanceurs ) ?	ce de l'exister  OUI »  OUI  le  ### soussigné, du présent e	NON  **  **  **  **  **  **  **  **  **	Répond 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 Pour le 24 25	lez aux questions suivantes : Troubles du sommeil Avez-vous subi une intervention of Avez-vous eu un accident dans le Avez-vous subi une intervention of Etes-vous un consommateur de l Prenez-vous actuellement un ou Faites-vous usage de drogues illi Consommez-vous de l'alcool ? Portez-vous ou avez-vous ou avez ou des lentilles Avez-vous été réformé ou exemps se candidates : Avez-vous des antécédents gyne Autres du de façon sincère Date oir connaissance de	chirurgicale ? a passé ? au niveau des yeux ? abac ? des médicament(s) ? cites ? ez-vous porté des lunettes oté de service national ?	OUI ·	NO X X X X X
Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entrainerait une sanction	técédents familiaux : Avez-vous connaissanceurs ) ? Z OUI NON lestionnaires précisions sur les réponses « C Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : Troubles cardiaques, hypertension artériell Taux de cholestérol élevé Maladies de l'estomac Maladies de l'estomac Maladies du foie Maladies du foie Maladies rénales Maladies articulaires et du dos Maladies articulaires et du dos Maladies rénales Maladies rénales Maladies rénales Vertiges, pertes de connaissance Migraines Migraines Migraines Migraines Migraines de mon état de santé autre que ce	ce de l'exister  OUI »  OUI le  e soussigné, du présent exeux que i'ai s	NON  **  **  **  **  **  **  **  **  **	Répond 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 Pour le 24 25 roir réponne pas avoir suis info	lez aux questions suivantes : Troubles du sommeil Avez-vous subi une intervention of Avez-vous eu un accident dans le Avez-vous subi une intervention of Etes-vous un consommateur de l' Prenez-vous actuellement un ou Faites-vous usage de drogues illi Consommez-vous de l'alcool ? Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous été réformé ou exemps se candidates : Avez-vous des antécédents gyne Autres du de façon sincère Date our connaissance de rmée que cette fiche	chirurgicale ? a passé ? au niveau des yeux ? abac ? des médicament(s) ? cites ? ez-vous porté des lunettes oté de service national ?	OUI ·	NO X X X X X
disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile	técédents familiaux : Avez-vous connaissanceurs ) ? Zd OUI INON lestionnaires précisions sur les réponses « Couffrez-vous ou avez-vous souffert de :  Troubles cardiaques, hypertension artériell 2 Taux de cholestérol élevé 3 Maladie respiratoire 4 Maladies de l'estomac 5 Maladies de l'estomac 6 Maladies articulaires et du dos 9 Maladies articulaires et du dos 9 Maladies articulaires et du dos 9 Maladies prioridienne 10 Tumeur ou maladie cancéreuse 11 Œil : choc, maladies, troubles visuels 12 Vertiges, pertes de connaissance 13 Migraines 14 des la concércie de connaissance 15 Migraines 16 claration du personnel aéronautique : Jux questions qui m'ont été posées lors coubles de mon état de santé autre que ce l'examen est adressée au service médica	ce de l'exister  OUI »  OUI  le   e soussigné, du présent exeux que j'ai s al de l'aérona	NON  **  **  **  **  **  **  **  **  **	Répond 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 Pour le 24 25 roir réponne pas avoir suis info	lez aux questions suivantes : Troubles du sommeil Avez-vous subi une intervention of Avez-vous eu un accident dans le Avez-vous subi une intervention of Etes-vous un consommateur de l' Prenez-vous actuellement un ou Faites-vous usage de drogues illi Consommez-vous de l'alcool ? Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous été réformé ou exemps se candidates : Avez-vous des antécédents gyne Autres du de façon sincère Date our connaissance de rmée que cette fiche	chirurgicale ? a passé ? au niveau des yeux ? abac ? des médicament(s) ? cites ? ez-vous porté des lunettes oté de service national ?	OUI ·	NCC XX XX XX XX XX XX
disciplinaire prononcee par le conseil medical de l'aeronautique civile	técédents familiaux : Avez-vous connaissanceurs ) ? Z OUI NON lestionnaires précisions sur les réponses « C Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : Troubles cardiaques, hypertension artériell Troubles cardiaques, hypertension artériell Taux de cholestérol élevé Maladie respiratoire Maladies de l'estomac Maladies du foie Diabète Maladies rénales Maladies articulaires et du dos Maladies articulaires et du dos Maladies articulaires et du dos Maladies rénales Maladies articulaires et du dos Maladies rénales Maladies rénales Maladies articulaires et du dos Maladies de l'estomac Maladies articulaires et du dos Maladies rénales Maladies articulaires et du dos Maladies de l'estomac Maladies articulaires et du dos Maladies de l'estomac Maladies articulaires et du dos Maladies articulaires et du dos Maladies de l'estomac Maladies articulaires et du dos Maladies de l'estomac Maladies	ce de l'exister  OUI »  OUI le  e soussigné, du présent ex eux que j'ai s al de l'aérona	NON  **  **  **  **  **  **  **  **  déclare av  xamen et n  signalés. Je  autique civi	Répond 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 Pour le 24 24 25 roir répon ne pas avo	lez aux questions suivantes : Troubles du sommeil Avez-vous subi une intervention of Avez-vous eu un accident dans le Avez-vous eu un accident dans le Avez-vous subi une intervention i Etes-vous un consommateur de l'Prenez-vous actuellement un ou Faites-vous usage de drogues ille Consommez-vous de l'alcool ? Portez-vous ou avez-vous ou avez ud des lentilles Avez-vous été réformé ou exemps candidates : Avez-vous des antécédents gyne Autres du de façon sincère Date pir connaissance de rmée que cette fiche le respect du secret	chirurgicale ? e passé ? au niveau des yeux ? abac ? des médicament(s) ? cites ? ez-vous porté des lunettes oté de service national ? et signature du personne	× ×	NCC XX XX XX XX XX XX
	técédents familiaux : Avez-vous connaissanceurs ) ? Z OUI NON lestionnaires précisions sur les réponses « C Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : Troubles cardiaques, hypertension artériell Troubles cardiaques, hypertension artériell Taux de cholestérol élevé Maladies respiratoire Maladies de l'estomac Maladies de l'estomac Maladies du foie Maladies rénales Maladies articulaires et du dos Maladies articulaires et du dos Maladies articulaires et du dos Maladies rénales Maladies articulaires et du dos Maladies rénales Maladies rénales Maladies rénales Maladies rénales Maladies de maladies, troubles visuels L'Eil : choc, maladies, troubles visuels Migraines Migraines  Éclaration du personnel aéronautique : Jux questions qui m'ont été posées lors coubles de mon état de santé autre que ce d'examen est adressée au service médical, conformément aux testes en viguentes fausse déclaration priverait d'effe	e soussigné, du présent exeux que j'ai sal de l'aérona leur.	NON  X  X  X  X  X  X  X  X  X  A  A  A  A	Répond 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 Pour le 24 25 voir réponne pas avo	lez aux questions suivantes : Troubles du sommeil Avez-vous subi une intervention of Avez-vous eu un accident dans le Avez-vous eu un accident dans le Avez-vous subi une intervention i Etes-vous un consommateur de l'Prenez-vous actuellement un ou Faites-vous usage de drogues ille Consommez-vous de l'alcool ? Portez-vous ou avez-vous ou avez ud des lentilles Avez-vous été réformé ou exemps candidates : Avez-vous des antécédents gyne Autres du de façon sincère Date pir connaissance de rmée que cette fiche le respect du secret	chirurgicale ? e passé ? au niveau des yeux ? abac ? des médicament(s) ? cites ? ez-vous porté des lunettes oté de service national ? et signature du personne	× ×	NCC XX XX XX XX XX XX

# ANACIMA

#### Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie

## **FORMULAIRE**

#### SN-SEC-MED-FORM-02-A

### RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Date d'application : 10/06/2017

Page **1** sur **2** 

		VI~	hamador		Date de naissa	ance 06/	01/1	393		
NOM: DIAGNE	Prénon	لل ال	lansou		(JJ/MM/AAAA): Lieu de naissa	nce : Dal	aai			
(201) Catégorie (201) Catégorie (201) Catégorie	Poids	(20 <sup>2</sup> cou	l) Yeux Ieur	(205) Cheveux couleur	(assis)	sion artériell	e (	207) Pou	ls au re	epos
Initial Prorogation	ćm Ø Ć	kg	Udu	Mai	mmHg Systolique	Diastoliqu	ie Pul	sations	Ryth	me
☐ Renouvellement	00	kg	Lucca	I cocei	109	Q D		0	⊐ irrég	
☐ Recours spécial					100	80	0	9 4	régu	ılier
Examen clinique : Cochez chaq	ue item	normal	anormal					normal	ano	rmal
(208) Tête, face, cou, cuir chevel	u	d		(218) Abd	omen, hernie,	foie, rate		d		
(209) Cavité bucale, gorge, dents	3	N		(219) Anu	s, rectum (si r	nécessaire)				
(210) Nez, sinus		1		(220) syst	tème génito-ur	inaire		d		
(211) Oreilles, tympans, complia	nce	1		-				,		
tympanique		. 4			tème endocrin		,	d		
(212) Yeux- orbites et annexes,	champs			(222) Mei inférieurs	mbres supérie , articulations	urs et		,		
visuels		d		(222) Cal	onne vertébral	o ot appara		d		
(213) Yeux - pupilles		1		musculos	quelettique	e et appare		9		
(214) Yeux - mobilité oculaire, n	ystagmus	d		(224) Exa	men neurolog	ique- réflexe	es etc	1		
(215) Poumons, thorax, seins				(225) Psy	chiatrie	1:		1		
(216) Cœur		1		(226) Pea d'identific	au, marque cation, syst. ly	mphatique		1		
(217) Système vasculaire		1		(227) Eta	t général			- Je		
(228) Notes: Décrivez chaque a	nomalie co	nstatée. F	Reportez le	numéro (1)	l'item avant c	haque comp	entaire	ouls.	-	idla Blu
Planto = o.				V					Sol	W=9
Acuité visuelle (ne pas remplir id	i lors des e	xamens a	pprofondis	s)	(235)Analys	e d'urine	No	rmale 🗶	ano	rmale
(229) (de loin à 5m/6m en dixièm	е	. [			Glucose	Protéines	Sa	ng	Autres	
,,			Lunettes/	Contact	0	ð		0		
Œil droit sans correction	Coi	rrigée à	,		Rapport ann	nexés	Non	Date	Nor	Anor
			10				réali sé		mal	mal
Œil gauche sans correction	Co	rrigée à	10		(238)ECG			10-10	d	
Vision binoculaire, sans		rrigée à	0		(239) Audio	gramme		10-10		
correction			N					Cori	d.	
(230)Vision intermédiaire	Sans		Avec cor	rection	(240) Exam			1040	d.	
	correc				Ophtalmolo			4000	d.	-
N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non	(241) Exam			9005	n·	
Œil droit			N		sanguins			2023	d	
Œil gauche			1		(243) Fonct					
			9	2	respiratoire			1	ALC:	-
Vison binoculaire			q.		(320) Tono					
		1			וווווור . ען	15	1			

ANACIM	
nce Nationale de	

## **FORMULAIRE**

SN-SEC-MED-FORM-02-A

Date

Page

Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	RAPPOI	RT D'E	XAM	EN MEDIC	AL	d'application : 10/06/2017	<b>2</b> st	ur <b>2</b>	
	Sans	Sans Avec correction				4) Divers (Sujet?)			
(231) <b>de près</b>	correct	ion						4	2 4
N5 lu à 30 – 50cm	Oui	Non	Oui	Non	mé	.7) Nom et signature decine générale dan aptitude	e du médeo is l'AeMC o	cin examir et sa prop	ateur de osition
Œil droit			a,		Av	is:	Nom	1:	
Œil gauche			9						
Vison binoculaire			d						
(232) Lunettes	(233) I	Lentilles	de cor	ntact		1 -			0
Oui A/ Non 🗆	Oui 🗆		Non			/ Drop	ecine Aéro N-ME C N°3857	CONTRACTOR OF THE PARTY OF THE	-
	Type:					)   Meas	N-ME	5004 50077	3
Type : réfraction Sph (	Cylindre	Axe	P	Ajouter		IDGA	C N°3857 -	FAA-0077	21
					(6	247 bis) Décision du	mádecin-	chef de l'A	eMC ou du
(313) Perception des couleurs		Normal	e 🗆 🗡	Anormale 🗆	m	édecin agréé		SHOT GO TY	
Tables pseudo-isochromatique Nombre de tables présentées	-00		e d'erre	urs		APTE pour la class INAPTE pour la cla Remis pour une éva	sse:	ompléme	ntaire
(234) <b>Audition</b> (ne pas remplir (si 239/241 non réalisé	ici lors des e	Oreille droite		Oreille gauche	d L	ans l'affirmative, inc .e destinataire :			
Test de voix de conversation per le dos tourné vers l'examinateu		Oui 🎜 Non 🗆		Oui g/r Non 🗆		e motif :			
Audiométrie éventuelle					] .		-		
Hz 500 1000	2000	3000	4000	6000	1 1	Renvoi/Concertation			
Oreille						Si une décision a été			
droite						'autorité en inscrire			
Oreille					1 1	complet et les repor	ter sur le c	ertificat o	aptitude
gauche						remis au candidat.			Du
(236) Fonction respiratoire	(237)	Hémoglo	bine			Décision n°			Du
						Libellé :			
VEMS/CV	Peack Flow		148	(g/dl)		Champ	classe 1	Classe 2	Classe 3
%	(I/min)				1 1	d'application	1000	ØŹ	
Normal Anormal Norm	ial□ Anorn	nal No	ormale	Anormal $e = 0,97$ .		du certificat		0.	
(248) commentaires, limitati	ions: =	·	र्	April	di	iner ->	3-1-1	0-9	79 ES
(249) Déclaration du médec	in chef ou d	u médec	in agré	é					
Je soussigne certifie que j'ai	personneller	nent exa	miné le	demandeur m	nentio	nné ci-dessus et qu	e ce rappo	rt d'exam	en médical et
ses annexes contiennent me	s constatatio	ns d'une	e maniè	re complète.		more th		-	/
(250) Lieu et date		Nom	et adres	sse do médeci	in agr	ée A Cache	of pign	HER CO	RREA
17-16-90	27	3.	. Av.	des Amba	issa	des	Médecin SN- DGAC	MED-0	004 1-00773



#### **FORMULAIRE**

#### SN-SEC-MED-FORM-03-A

#### CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE

Date d'application : 30/11/2018

Page 1 sur 1

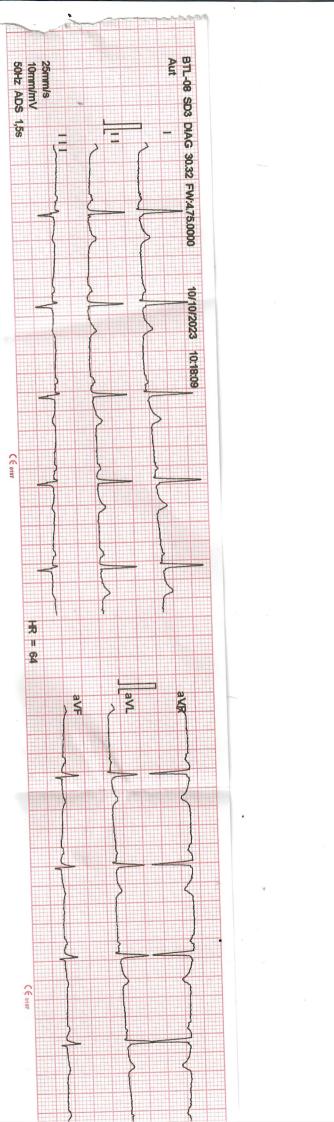
Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie

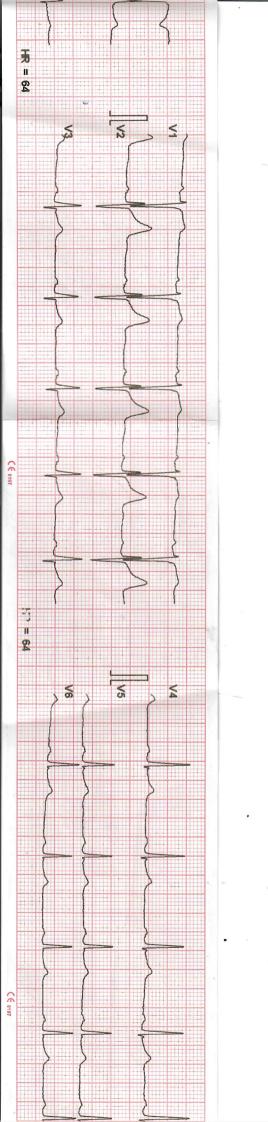
	CATEGORI	ES	
CLASSE 1 □	CLASSE 2 🖂		CLASSE 3
Je soussigné, Docteur :	PATI	RICK CORREA	
Titulaire de l'agrément n :	SN - MED	- 004	
Certifie que M : Mo	OUHAMADOU MA	NSOUR DIAGNE	
Né(e) le : 06/01/1993	à DAKAR Age: 3	0 ANS	
Demeurant:59A S0	CAT URBAM		
REPOND	(Préciser REPOND ou	NE REPOND PAS	)
Aux conditions d'aptitude physiqu des privilèges liés à la Classe spé	e et mentale exigées cifiée ci-dessus.	par la réglementatio	n en vigueur pour l'exercice
Date de l'examen : 10/10/2	23		
Limite de validité : 31/10/25	5 Duré	e de validité : 2	ANS
Restrictions éventuelles à reporte	r sur la licence :	\$>>>>>>>>>	
PORT DE	<b>VERRES OBLIGA</b>	TOIRE	

Signature et cachetatrick CORREA
Madecine Aéronautique
SNESSE D-004
CORREA
3857 - FAA-00773

Un navigant doit cesser d'exercer les privilèges de sa licence et des qualifications et autorisations associées dès qu'il est conscient de toute diminution de son aptitude médicale susceptible de nuire à l'exercice en toute sécurité des dits

prevueges. Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passer ce délai le Médecin Evaluateur de l'Autorité de l'Aviation Civile ou le Médecin examinateur ne vous contacte pas, sa validité court jusqu'à la date de fin de validité susmentionnée.





2883883. 4888
735 7368 7 1102 7 1102 7 1107 1 1107 1 107 1
55 85 17 25 3 3 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
28286444688
STs [uV/s] 201 201 201 201 201 201 201 201 201 201
PORS PORS PORS PORS PORS PORS PORS PORS
62 1/mil 964 ms 106 ms 102 ms 156 ms 388 ms 395 ms 395 ms 395 ms 395 ms 395 ms 395 ms 395 ms 395 ms
ns n
ECG I
JANS DI LA SINU
SINUSAL IMITES N
ANS DES LIMITES NORMALES IE SINUSAL  MANAGEMA  TOTAL  TOTA
W ALES
ag F

- -

133