

 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	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

TYPE DE PERSONNEL : PNT
 CLASSE : 1
 NOM DE L'EMPLOYEUR : AIR SENE GAL SA
 ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>DIA</u> Prénom : <u>Bocar Amadou</u> Nationalité : <u>SENEGAL</u> Sexe : ☐ F ☒ M Né(e) le : <u>30/09/1988</u> à : <u>DAKAR</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS 0610212024</u> Adresse : <u>48 Cité Belle Vue Hann Maristes</u> Téléphone : <u>785312082</u> email : <u>diakollection@yahoo.fr</u> Profession/activité : <u>2: Bate de ligne</u> Situation de famille : <u>marie</u>	Activité(s) pratiques ☒ Avion ☐ Planeur ☐ Hélicoptère ☐ Ballon ☐ Autres précisez : Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) Aérodrome : Activités aériennes antérieures : Heures de vol :
---	--

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? ☒ OUI ☐ NON

Si OUI : Date : 06/02/2023 Lieu : DAKAR Nom du médecin : Madji Raouk

Vous 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 et sœurs) ? ☐ OUI ☒ NON

Questionnaires précisions sur les réponses « OUI »

	OUI	NON
1 Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :		
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 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		☒

Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
14	Troubles du sommeil		☒
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		☒
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?		☒
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 ?		☒
Pour les candidates :			
24	Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?		
25	Autres		

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 entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

Date et signature du personnel aéronautique

2024/102106


Annotations du médecin-examineur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :
(Si OUI pour 23 et 25, préciser) :

 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

NOM : DIA		Prénoms : Becar Amadou		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 30-09-1988		Lieu de naissance : DAKAR	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☒ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 175 cm	(203) Poids 70 kg	(204) Yeux couleur Nain	(205) Cheveux couleur Nain	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 105 Diastolique 83		(207) Pouls au repos Pulsations 64 Rythme ☐ irrégulier ☒ régulier

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal		normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	☒		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	☒	
(209) Cavité bucale, gorge, dents	☒		(219) Anus, rectum (si nécessaire)		
(210) Nez, sinus	☒		(220) système génito-urinaire	☒	
(211) Oreilles, tympons, 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
CP2. ATR 72. Licence Canada 2012-2016, Travail avec (2018), Cargé (2018) Tâche Ali = 00 1130 Spat
Amadou SA Spt (2021) Licence SN (2023) 35 ans Nain 2 ans

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(235) Analyse d'urine Normale ☒ anormale ☐

(229) (de loin à 5m/6m en dixième

		Lunettes/Contact			
		Sans correction		Avec correction	
		Oui	Non	Oui	Non
Œil droit sans correction	10				
Œil gauche sans correction	10				
Vision binoculaire, sans correction	10				
(230) Vision intermédiaire					
N14 lu à 100cm		Oui	Non	Oui	Non
Œil droit		☒			
Œil gauche		☒			
Vision binoculaire		☒			

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
0	0	0			
Rapport annexés			Non réalisé	Date	Normal
(238) ECG				06-07-2017	☒
(239) Audiogramme				07-07-2017	☒
(240) Examen Ophtalmologique				06-07-2017	☒
(241) Examen ORL				06-07-2017	☒
(242) Lipides sanguins					
(243) Fonctions respiratoires					
(320) Tonométrie G :					



Agence Nationale de
l'Aviation
Civile et de la Météorologie

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

SN-SEC-MED-FORM-02-A

Date
d'application :
10/06/2017

Page
2 sur 2

(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 :

Type :

réfraction

Sph

Cylindre

Axe

Ajouter

(313) Perception des couleurs

Normale ☐ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques

Nombre de tables présentées

Type ISHIHARA

Nombre d'erreurs

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

(si 239/241 non réalisé)

Oreille
droite

Oreille
gauche

Test de voix de conversation perçue à 2m

le dos tourné vers l'examineur

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)

12,4 (g/dl)

Normal ☐

Anormal ☐

Normal ☐

Anormal ☐

Normal ☒

Anormal ☐

(248) commentaires, limitations :

(238) ECG normal suite confrontation au bilan Echo cardiaque satisfaisant
Apte classe 1 → 28-02-2025

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé

Je soussigne certifie que j'ai personnellement examiné le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent mes constatations d'une manière complète.

(250) Lieu et date

07-02-2024

Nom et adresse du médecin agréé

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature

Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773

D : mmHg

(244) Divers (Sujet ?)

☐

☐

☐

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

Avis :

Nom :

Signature :

Apte

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

☒ APTE 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

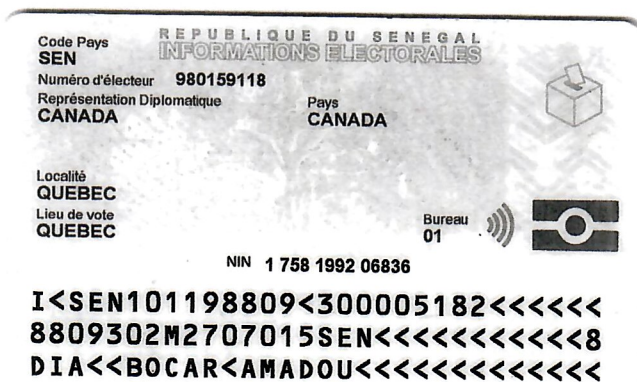
Classe 2

Classe 3

☒

☐

☐



 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	FORMULAIRE		SN-SEC-MED-FORM-03-A	
	CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE		Date d'application : 30/11/2018	Page 1 sur 1

CATEGORIES		
CLASSE 1 ☒	CLASSE 2 ☐	CLASSE 3 ☐

Je soussigné, Docteur :

M - KAOUK

Titulaire de l'agrément n :

7ED003

Certifie que M :

Boucar ANADOU DIA

Né(e) le :

30-8-1988 à YAKAR

Age : *36*

Demeurant :

Cité Bellevue

Repond

(Préciser REPOND ou NE REPOND PAS)

Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des privilèges liés à la Classe spécifiée ci-dessus.

Date de l'examen :

6 - Fev - 2013

Limite de validité :

29 - Fev - 2014

Durée de validité :

1 -

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

Dr. Major KAOUK
 144, rue de la République
 Tél: 33 823 46 79
 DAKAR - SENEGAL

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 privilèges.

Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passer ce délai le Médecin Evalueur 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 sus-mentionnée.

Formulaire de rapport ECG

6 x 2

Nom: DIA, BOCAR

ID: Z456

Sexe: Homme

Age: 35 ans

Service:

Patient Hôpital n° :

Patient Ext N° :

[Paramètre ECG]

HR: 62 bpm

P: 108 ms

PR: 160 ms

QRS: 80 ms

QT/QTc: 404/410 ms

P/QRS/T: 72/50/40 deg

RV5/SV1: 2.750/-0.505 mV

RV5+SV1: 3.255 mV

[Diagnostic ECG]

** ECG limite **

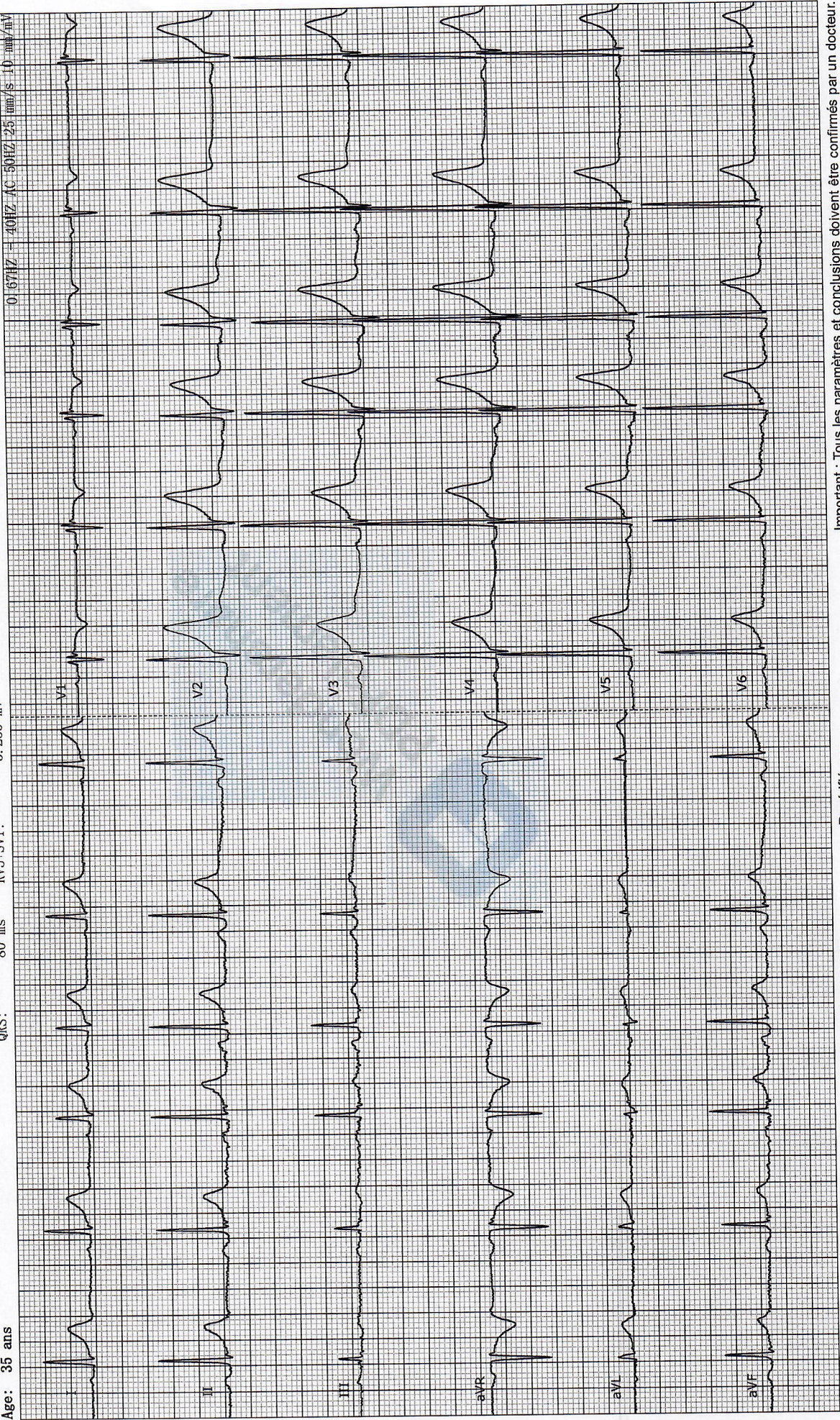
Arythmie sinusale

Hypertrophie ventriculaire gauche à voltage minimum, peut-être variante normale

Rotation sans anti-horaire

Heure du contrôle: 2024-02-06 09:49:02

Temps d'impression: 2024-02-06 09:50:01



 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	FORMULAIRE	SN-SEC-MED-FORM-03-A	
	CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE	Date d'application : 30/11/2018	Page 1 sur 1

CATEGORIES		
CLASSE 1 ☒	CLASSE 2 ☐	CLASSE 3 ☐

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

Titulaire de l'agrément n : **SN - MED - 004**

Certifie que M : **BOCAR AMADOU DIA**.....

Né(e) le : **30/09/1988** à DAKAR Age : **... 35 ANS**.....

Demeurant : **...48 CITE BELLE VUE HANN MARISTE**.....

REPOND..... (Préciser REPOND ou NE REPOND PAS)

Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des privilèges liés à la Classe spécifiée ci-dessus.

Date de l'examen : **06/02/24**

Limite de validité : **28/02/25** Durée de validité : **1 AN**.....

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

Signature et cachet



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 privilèges.

Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passer ce délai le Médecin Evalueur 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 sus-mentionnée.