



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 : PNC
CLASSE : 02
NOM DE L'EMPLOYEUR : AIR SENEGAL SA
ADRESSE : ALMADIES

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : TALL Prénom : ABDOULAYE Nationalité : SENEGALAISE Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : 09/11/1980 à : ZIGUINCHOR Lieu et date de l'examen médical : 28/08/24 à DAKAR Adresse : Sacré Cœur 3 Lot 37 Téléphone : 775602453 Email : abdulaye.tall@airsenegal.sa.sn Profession/activité : PNC Situation de famille : marié	Activité(s) pratiques <input checked="" type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur <input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Ballon <input type="checkbox"/> 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 : 30/08/2023 Lieu : DAKAR Nom du médecin : KAOUK

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 »

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	Troubles cardiaques, hypertension artérielle	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Taux de cholestérol élevé	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Maladie respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
4	Maladies de l'estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
5	Maladies du foie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
6	Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
7	Maladies rénales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
8	Maladies articulaires et du dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
9	Maladie thyroïdienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
10	Tumeur ou maladie cancéreuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
11	Œil : choc, maladies, troubles visuels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
12	Vertiges, pertes de connaissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
13	Migraines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
14	Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
21	Consommez-vous de l'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pour les candidates :			
24	Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

Date et signature du personnel aéronautique

28/08/24

Annotations du médecin-examineur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :
(Si OUI pour 23 et 25, préciser) : 1. BATA / CANSAR = 20pts



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 : **TALL** Prénoms : **ABDOULAYE** Date de naissance (JJ/MM/AAAA): **09/11/1980**
Lieu de naissance : **Ziguinchor**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille cm 176	(203) Poids kg 50	(204) Yeux couleur brun	(205) Cheveux couleur brun	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique 116	Diastolique 87		
						Pulsations 77	Rythme <input type="checkbox"/> irrégulier <input checked="" type="checkbox"/> régulier	

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

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
Homme 43 ans, poids 35, PNC instructeur air sénégal, cyclisme long, sans artère artérielle, Tabac = 0, Alcool = 0, Méd = Contraceptifs, Spalif

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/Contac
t

Œil droit sans correction	10	Corrigée à		
Œil gauche sans correction	10	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à		
(230) Vision intermédiaire	Sans correction		Avec correction	
N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>			
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>			
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>			

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
0	0	0			
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal	Anor mal
			28/08/17	<input checked="" type="checkbox"/>	
(238) ECG				<input checked="" type="checkbox"/>	
(239) Audiogramme				<input checked="" type="checkbox"/>	
(240) Examen Ophtalmologique				<input checked="" type="checkbox"/>	
(241) Examen ORL					
(242) Lipides sanguins					
(243) Fonctions respiratoires					
(320) Tonométrie G :					



(231) de près		Sans correction		Avec correction	
N5 lu à 30 – 50cm		Oui	Non	Oui	Non
Œil droit		X			
Œil gauche		X			
Vison binoculaire		X			
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact			
Oui <input type="checkbox"/>		Non <input checked="" type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>	
Non <input checked="" type="checkbox"/>				Non <input checked="" type="checkbox"/>	
Type :		Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	

D : mmHg

(244) Divers (Sujet ?)

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

Avis : *Ant.*

Nom :

Signature : *Patrick Correa*

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

(313) **Perception des couleurs** Normale Anormale

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

Tables pseudo-isochromatiques

Nombre de tables présentées *20*

Type ISHIHARA

Nombre d'erreurs *0*

APTE pour la classe :

INAPTE pour la classe :

Remis pour une évaluation complémentaire

dans l'affirmative, indiquer :

Le destinataire :

Le motif :

(234) **Audition** (ne pas remplir ici lors des examens approfondis (si 239/241 non réalisé)

Oreille droite	Oreille gauche
Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur

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 :

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

Champ d'application du certificat	Classe 1	Classe 2	Classe 3
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(236) **Fonction respiratoire** (237) Hémoglobine

Gly : 98 mg/dl

VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)	(g/dl)
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 :** *Peut Caution apte. Apte classe → 31-08-2025*

(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 : *29-08-2024*

Nom et adresse du médecin agréé : **Dr Patrick CORREA**
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature : *Patrick Correa*

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

 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 <input type="checkbox"/>	CLASSE 2 <input checked="" type="checkbox"/>	CLASSE 3 <input type="checkbox"/>

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

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

Certifie que M : **ABDOULAYE TALL**

Né(e) le : **09/11/1980** à **ZIGUINCHOR** Age : **43 ANS**.....

Demeurant : **SACRE CŒUR III LOT 37**.....

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 : **28/08/24**.....

Limite de validité : **31/08/25**..... Durée de validité : **...1 AN**.....

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

Signature et cachet


Dr Patrick CORREA
 Médecin Aéronautique
SN-MED-004
 DGAC N°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 privilèges.

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 sus-mentionnée.