



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 : DNC

CLASSE : 2

NOM DE L'EMPLOYEUR : Toussaint

ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : Cissé
Prénom : Dupa
Nationalité : Senegalaise Sexe : F M
Né(e) le 02/01/1984 à Dakar
Lieu et date de l'examen médical : AMS le 14-09-2018
Adresse : A Ndou Fou
Téléphone : 776210051 email : amzissed@1hotmail.fr
Profession/activité : Hôtesse de l'air
Situation de famille : Veuve

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 : 13/05/2012 Lieu : Idu

Nom du médecin : El. Hadji. Malick Niang

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 »

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

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

Date et signature du personnel aéronautique

Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entrainerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

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

Fayoules Astheru -
(15) Cassemeru.



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 : Code Prénoms : Qua Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 02-01-1986

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <u>161</u> cm	(203) Poids <u>77</u> kg	(204) Yeux couleur <u>Vert</u>	(205) Cheveux couleur <u>Vert</u>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique <u>109</u>	Diastolique <u>78</u>		
					Pulsations <u>78</u>	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)	
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>		(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympan, compliance 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
PNE. Transair (2ans). 40 ans. Veuve. 1 enfant. 40 CAS
 Tabacco = 0
 Alco = 0
 Spiro = ok.

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	
Œil droit sans correction	<u>9</u>	Corrigée à		
Œil gauche sans correction	<u>9</u>	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	<u>9</u>	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	
<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal / Anormal
			<u>17-05-2016</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
(238) ECG			<u>17-05-2016</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
(239) Audiogramme			<u>17-05-2016</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique			<u>17-05-2016</u>	<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		<input checked="" type="checkbox"/>			
Œil gauche		<input checked="" type="checkbox"/>			
Vison binoculaire		<input checked="" type="checkbox"/>			
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact			
Oui <input type="checkbox"/>		Non <input checked="" type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>	
Type :		Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	

D : mmHg				
(244) Divers (Sujet ?)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Avis :	Nom :
<i>Apte</i>	
	Signature :

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

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées <i>20</i>	Nombre d'erreurs <i>0</i>

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

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

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

Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	Hémoglobine (g/dl)
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	<i>13,1</i> (g/dl)

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

APTÉ 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
		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(248) commentaires, limitations :

Apte classe 2 -> 30-09-2025

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé

Je soussigné 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	Nom et adresse du médecin agréé	Cachet et signature
<i>17-09-2024</i>	<i>Dr Patrick CORREA</i> 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	

 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 : **AWA CISSE**

Né(e) le : **02/01/1984** à DAKAR Age : **40 ANS**.....

Demeurant : **.....NORD FOIRE**.....

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 : **17/09/24**

Limite de validité : **30/09/25** 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.