



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 : .....

CLASSE : .....

NOM DE L'EMPLOYEUR : .....

ADRESSE : .....

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <b>GUEYE</b> Prénom : <b>Ibrahim</b> Nationalité : <b>Senégalaise</b> Né(e) le : <b>03/11/1966</b> à : <b>Dakar</b> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Lieu et date de l'examen médical : <b>Fann Résidence Le 12. Déc. 2018</b> Adresse : <b>47, av Nelson Mandela</b> Téléphone : <b>77-64488-21</b> email : <b>ibrahima.gueye@gmail.com</b> Profession/activité : <b>Expert-comptable</b> Situation de famille : <b>Marié</b>	<b>Activité(s) pratiques</b> <input 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 : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_ Nom du médecin : \_\_\_\_\_

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		X
2		X
3		X
4		X
5		X
6	X	
7		X
8		X
9		X
10		X
11		X
12		X
13		X

Répondez aux questions suivantes :

	OUI	NON
14		X
15		X
16		X
17		X
18		X
19	X	
20		X
21		X
22	X	
23		X
Pour les candidates :		
24		X
25		X

**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 fausses déclarations 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

**Dakar, le 07 janvier 2018**

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 : **GUEYE** Prénoms : **Imahima** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **03-11-1966**  
Lieu de naissance : **Dakar**

(201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <b>192</b> cm	(203) Poids <b>183</b> kg	(204) Yeux couleur <b>Noir</b>	(205) Cheveux couleur <b>Noir</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
	Systolique <b>134</b>	Diastolique <b>81</b>	Pulsations <b>81</b>	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, tympans, 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  
**EP. Arterio-veineux de base gauche. 58 ans - ECG = RAS -**  
**Nauc -**  
**Tabac = 0**  
**Alc = 0**  
**Spirit = 0**

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	Corrigée à			<b>09</b>	
Œil gauche sans correction	Corrigée à			<b>09</b>	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à			<b>10</b>	
(230) Vision intermédiaire	N14 lu à 100cm				
Œil droit				<input checked="" type="checkbox"/>	
Œil gauche				<input checked="" type="checkbox"/>	
Vision binoculaire				<input checked="" type="checkbox"/>	

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>			
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG			<b>12-12 2021</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(239) Audiogramme			<b>12-12 2021</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(240) Examen Ophtalmologique			<b>12-12 2021</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(241) Examen ORL			<b>12-12 2021</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(242) Lipides sanguins			<b>12-12 2021</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(243) Fonctions respiratoires					<input checked="" type="checkbox"/>
(320) Tonométrie G :					

**Rx. pulmonaire = RAS**  
**EEG = RAS**

(231) de près		Sans correction		Avec correction	
N5 lu à 30 – 50cm		Oui	Non	Oui	Non
Œil droit				1	
Œil gauche				2	
Vison binoculaire				3	
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact			
Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input 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 :	Nom :
<i>Apte</i>	Signature: 

(313) Perception des couleurs Normale  Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Type ISHIHARA

Nombre de tables présentées *20* Nombre d'erreurs *1*

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

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

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

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	(g/dl)
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	<i>16,7</i> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

*Age = 28*

(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 .....

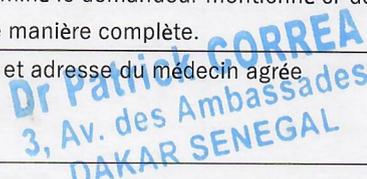
Libellé :

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

(248) commentaires, limitations : *Part correction optique* *Apté classe 2 -> 31-07-2025*

(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	Nom et adresse du médecin agréé	Cachet et signature
<i>14-01-2025</i>		



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 : **IBRAHIMA GUEYE**

Né(e) le : **03/11/1966** à **DAKAR** Age : **58 ANS**.....

Demeurant : .....**47 AV NELSON MANDELA**.....

**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 : **07/01/25**

Limite de validité : **31/07/25** Durée de validité : **...6 MOIS.....**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence : .....

**PORT DE VERRES OBLIGATOIRE**

Signature et cachet

**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 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.*