



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 :** Transair

**ADRESSE :** y CP

**Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique**

Nom : Leycire cledor Prénom : Leycire cledor Nationalité : sénégalaise Né(e) le : 27/01/1993 Lieu et date de l'examen médical : Adresse : camberene II Téléphone : 77-81867-33 email : libidiededor@gmail.com Profession/activité : Hôtesse de l'air Situation de famille : mariée	<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 : 30/11/2018 Lieu : Dakar Nom du médecin : DR Kount

Vous avez été déclaré :  Apté  Inapte

Antécédents familiaux : Avez-vous connaissance de l'existence d'une maladie grave parmi les proches de votre famille (grands-parents, parents, frères et sœurs) ?  OUI  NON

#### Questionnaires précisant 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"/>	<input type="checkbox"/>
11 Oeil : choc, maladies, troubles visuels	<input checked="" type="checkbox"/>	
12 Vertiges, pertes de connaissance	<input checked="" type="checkbox"/>	
13 Migraines	<input checked="" 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 tests en vigueur.

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

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 Êtes-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		<input checked="" type="checkbox"/>

Date et signature du personnel aéronautique

12/12/2024

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

16 1P cycle magistral .



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 : <i>Zy</i>	Prénoms : <i>cisse cledor</i>					Date de naissance (jj/MM/AAAA): <i>27/01/1993</i>					
(201) Catégorie d'examen						Lieu de naissance : <i>Dakar</i>					
	<input type="checkbox"/> Initial	<input type="checkbox"/> Prorogation	<input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement	<input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <i>162 cm</i>	(203) Poids <i>55 kg</i>	(204) Yeux couleur <i>Noir</i>	(205) Cheveux couleur <i>Noir.</i>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg	(207) Pouls au repos	
								Systolique <i>113</i>	Diastolique <i>73</i>	Pulsations <i>78</i>	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		
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>		(221) Système endocrinien, thyroïde		
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input checked="" type="checkbox"/>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations		
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique		
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>		(224) Examen neurologique- réflexes etc		
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>		(225) Psychiatrie		
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique		
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>		(227) Etat général		

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire

*P.M. transpirant (Gars). J'st pas. Jamai 1 seft.  
Plante = Lambalga de poitrine puer.*

*Tsébér = 0  
All = 0  
11 = 0  
Sput = 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/Contac t		Glucose <input checked="" type="checkbox"/>	Protéines <input checked="" type="checkbox"/>	Sang <input checked="" type="checkbox"/>	Autres	
Œil droit sans correction	<i>10</i>	Corrigée à							
Œil gauche sans correction	<i>10</i>	Corrigée à						Rapport annexés	Non réalisé
Vision binoculaire, sans correction	<i>10</i>	Corrigée à						Date	Normal
(230) Vision intermédiaire	Sans correction		Avec correction					Anormal	
N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non					
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>				(238) ECG	<i>12-12 2024</i>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>				(239) Audiogramme	<i>12-12 2024</i>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>				(240) Examen Ophtalmologique				
					(241) Examen ORL				
					(242) Lipides sanguins				
					(243) Fonctions respiratoires				
					(320) Tonométrie G :				



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  
2 sur 2

(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"/>	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>	
Type :		Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	

(313) Perception des couleurs      Normal  Anormale

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

(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'examinateur		Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>
		Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

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

(236) Fonction respiratoire      (237) Hémoglobine

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	11,7 (g/dl) <i>g/dl = 11,7</i>			
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input checked="" type="checkbox"/>

(248) commentaires, limitations :

*Apté clame E -> 31-12-2016*

(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

*16-12-2016*

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

Cachet et signature  
*Dr PATRICK CORREA  
Médecine Aéronautique  
SN-MED-004  
DGAC N°3857 - FAA-00773*

**Objet** Bonjour Merci de trouver ci-joint la CI  
**De** CisseCedor Ly <bibichecedor5@gmail.com>  
**À** <infirmiers@sahelassistance.com>  
**Date** 16.12.2024 09:40



 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Meteorologie	<b>FORMULAIRE</b> <b>CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE</b>	SN-SEC-MED-FORM-03-A <small>Date d'application: 30/11/2018 Page 1 sur 1</small>
<b>CATEGORIES</b> <input checked="" type="checkbox"/> CLASSE 1 <input checked="" type="checkbox"/> CLASSE 2 <input type="checkbox"/> CLASSE 3		
Je soussigné, Docteur : <u>7 - KAOUK</u> Titulaire de l'agrément n° : <u>7E 003</u> Certifie que M : <u>Cisse Cedor LY</u> Né(e) le : <u>24-01-1993</u> à <u>DAKAR</u> Age : <u>29--</u> Demeurant : <u>Carthage 8</u> <u>DR. KADOUK</u> (Préciser REPOND ou NE REPOND PAS) Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des priviléges liés à la Classe spécifiée ci-dessus. Date de l'examen : <u>30-11-2018</u> Limite de validité : <u>30-11-2018</u> Durée de validité : <u>2--</u> Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :  <div style="text-align: right;">           Dr. Maidi KADOUK            144, rue Iossy, Gomis            Tél: 13 821 54 00            DAKAR / SENEGAL         </div> <p>Un négant doit cesser d'exercer les priviléges 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 desdits priviléges.</p> <p>Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passé ce délai, le Médecin Examinateur ne vous contacte pas, sa validité court jusqu'à la date de fin de validité susmentionnée.</p>		



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 : **CISSE CLEDOR LY**

Né(e) le : **27/01/1993** à DAKAR Age : **31 ANS**

Demeurant : **CAMBERENE II**

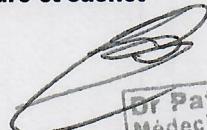
Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des priviléges liés à la Classe spécifiée ci-dessus.

Date de l'examen : **12/12/24**

Limite de validité : **31/12/26** Durée de validité : **...2 ANS.....**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

Signature et cachet



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

*Un navigant doit cesser d'exercer les priviléges 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 priviléges.*

*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.*