



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 : P.N.C.
CLASSE : 02
NOM DE L'EMPLOYEUR : Tiansair
ADRESSE : 1077 route de l'aéroport

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>Ndiaye</u> Prénom : <u>Seydina Mohamed-Rassoulah</u> Nationalité : <u>Sénégalais</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>31/03/92</u> à : <u>Dakar</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>cabine docteur Couca</u> Adresse : <u>Fam Residence</u> le <u>19/12/24</u> Téléphone : <u>77-6673485</u> email : Profession/activité : <u>Personnel Navigat Cabine</u> Situation de famille : <u>Marier</u>	Activité(s) pratiques <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 : 30/08/2013 Lieu : Nom du médecin : Niang EL Hadji Malick

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		<input checked="" type="checkbox"/>
2		<input checked="" type="checkbox"/>
3		<input checked="" type="checkbox"/>
4		<input checked="" type="checkbox"/>
5		<input checked="" type="checkbox"/>
6		<input checked="" type="checkbox"/>
7		<input checked="" type="checkbox"/>
8		<input checked="" type="checkbox"/>
9		<input checked="" type="checkbox"/>
10		<input checked="" type="checkbox"/>
11		<input checked="" type="checkbox"/>
12		<input checked="" type="checkbox"/>
13		<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 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
19/12/24

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 : *Ndiaye* Prénoms : *Seydina + Mohamed Rapoulé* Date de naissance (JJ/MM/AAAA): *31 Mars 1992* Lieu de naissance : *Dakar*

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <i>175</i> cm	(203) Poids <i>85</i> kg	(204) Yeux couleur <i>Noir</i>	(205) Cheveux couleur <i>Noir</i>	(206) Tension artérielle (assis)		(207) Pouls au repos	
					Systolique <i>113</i>	Diastolique <i>71</i>	Pulsations <i>72</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	<i>+</i>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<i>+</i>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<i>+</i>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	
(210) Nez, sinus	<i>+</i>		(220) système génito-urinaire	<i>+</i>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<i>+</i>		(221) Système endocrinien, thyroïde	<i>+</i>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<i>+</i>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<i>+</i>
(213) Yeux - pupilles	<i>+</i>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<i>+</i>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<i>+</i>		(224) Examen neurologique- réflexes etc	<i>+</i>
(215) Poumons, thorax, seins	<i>+</i>		(225) Psychiatrie	<i>+</i>
(216) Cœur	<i>+</i>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<i>+</i>
(217) Système vasculaire	<i>+</i>		(227) Etat général	<i>+</i>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire.
PMI manuscrit (1992). maturation RAS. 32 ans / sans oculiste. Tabac = 11. Alcool = 0. Sport = 2x/2sem

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	<i>10</i>	Corrigée à		
Œil gauche sans correction	<i>10</i>	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	<i>10</i>	Corrigée à		
(230) Vision intermédiaire	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
N14 lu à 100cm				
Œil droit	<i>+</i>			
Œil gauche	<i>+</i>			
Vision binoculaire	<i>+</i>			

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>			
Rapport annexés			Non réalisé	Date	Nor mal / Anor mal
(238) ECG				<i>19-12-2014</i>	<i>+</i>
(239) Audiogramme				<i>19-12-2014</i>	<i>+</i>
(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	1			
Œil gauche	3			
Vision binoculaire	4			
(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

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 :	



(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques	<i>4</i>	Type ISHIHARA	<i>0</i>
Nombre de tables présentées		Nombre d'erreurs	

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

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

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"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
				<i>19,7</i>	<i>107</i>

(248) commentaires, limitations : *Apte classe 2 -> 31-12-2025*

(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 <i>19-12-2024</i>	Nom et adresse du médecin agréé Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	Cachet et signature
---	---	-------------------------



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

 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 82 sur 82

CATEGORIES		
CLASSE 1 <input type="checkbox"/>	CLASSE 2 <input checked="" type="checkbox"/>	CLASSE 3 <input type="checkbox"/>

Je soussigné, Docteur : **Niang El Hadji Malick**

Titulaire de l'agrément n° : **N° SN-MED-005a**

Certifie que Mr : **Ndiaye Seydina Mohamed Rassoullah**

Né(e) le : **31/03/1992** à **Dakar** Age : **31ans**

Demeurant : **Guédiawaye Hamo 5**

Répond (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 : **20/02/2023**

Limite de validité : **2 ans** Durée de validité : **20/02/2025**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

Signature et cachet

Dr NIANG El Hadji Malick
 Médecin Aéronautique
 Agréé ANACIM
 N° SN-MED-005a
 N° C.N.M.S. B. 2162

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, passé 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.

 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 : **SEYDINA MOHAMED RASSOULILAH NDIAYE**

Né(e) le : **31/03/1992** à DAKAR Age : **32 ANS**.....

Demeurant : **.....GUEDEAWAYE HAMO 5.....**

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 : **19/12/24**

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

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

Signature et cachet



Dr Patrick CORREA
 Médecin Aeronautique
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.