 <b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b>	<b>FORMULAIRE</b>	<b>SN-SEC-MED-FORM-01-A</b>	
	<b>EXAMEN MEDICAL DU PERSONNEL DE L'AERONAUTIQUE CIVILE</b>	Date d'application : 10/09/2018	Page <b>1 sur 1</b>

**TYPE DE PERSONNEL** : Personnel Navigant Technique  
**CLASSE** : 1  
**NOM DE L'EMPLOYEUR** : AIR SENEGAL  
**ADRESSE** : SOMONE

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

Nom : <u>ABDORIZU</u> Prénom : <u>NICOLAS</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>21/10/1984</u> à : <u>DAKAR</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>25/03/25 DAKAR</u> Adresse :  Téléphone : <u>77 36 15 13</u> email : <u>Nicolas.Abdorizu@air-senegal.com</u> Profession/activité : <u>P. Lot</u> Situation de famille : <u>Celibataire</u>	<b>Activité(s) pratiques</b> <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 : <u>6700</u>
--	--

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ?     OUI     NON

Si OUI : Date : 15/03/2024    Lieu : DAKAR    Nom du médecin : KADOK

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 »**

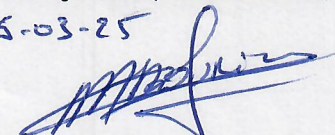
	OUI	NON
1		<input checked="" type="checkbox"/>
2		<input checked="" type="checkbox"/>
3		<input checked="" type="checkbox"/>
4		<input checked="" type="checkbox"/>
5		<input checked="" type="checkbox"/>
6		<input checked="" type="checkbox"/>
7		<input checked="" type="checkbox"/>
8		<input checked="" 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 ?		
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.**

**Toutes fausse déclaration 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

25-03-25  


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 : *ABOURIZK* Prénoms : *Nicolas* Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : *21-10-84* *Dakar*  
Lieu de naissance :

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille cm <i>184</i>	(203) Poids kg	(204) Yeux couleur <i>noir</i>	(205) Cheveux couleur <i>Noir</i>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique <i>129</i>	Diastolique <i>80</i>	Pulsations <i>70</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)	<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  
*PMT Air Sénégal, Diète A320, hémis, en couché, 2e fente, 500 ATCO, rhéologie, Psychisme bon vol, structure, Talon = 0 Alcool = occasionnel, spirit = 0, Cerebral p. de 2 axes, Diabète et Hypertension 20.*

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  
t

Œil droit sans correction	<i>10</i>	Corrigée à			
Œil gauche sans correction	<i>9</i>	Corrigée à			
Vision binoculaire, sans correction	<i>10</i>	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"/>			
Vison binoculaire		<input checked="" type="checkbox"/>			

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
<i>087</i>	<i>13.5</i>				
Rapport annexés <i>13.5</i>		Non réalisé	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG			<i>25/07/25</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(239) Audiogramme			<i>27/07/25</i>	<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"/>			
Vision 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 checked="" 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 :
Signature :	

(313) Perception des couleurs	Normale <input checked="" type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>
-------------------------------	---	-----------------------------------

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

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées 20	Nombre d'erreurs 0

APTE pour la classe :  
 INAPTE pour la classe :

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

Remis pour une évaluation complémentaire

(si 239/241 non réalisé)	Oreille droite	Oreille gauche
Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

dans l'affirmative, indiquer :

Audiométrie éventuelle

Le destinataire :

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

Le motif :

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

Renvoi/Concertation

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"/>

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 :  
Apté pour le vol → 31-09-2025

(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 95-09-2025	Nom et adresse du médecin agréé Dr Patrick CORREA Médecine Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773	Cachet et signature 
----------------------------------	--	-------------------------



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 :

*M. KAOUC*

Titulaire de l'agrément n :

*0 E D 0 0 3*

Certifie que M :

*Nicolas REK*

Né(e) le :

*21-10-1974* à *DAKAR* Age: *39*

Demeurant :

*54-Rue REPOND*

*Repoud*

(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 :

*15-Nov 2024*

Limite de validité :

*31-Nov 2025*


Durée de validité :

*1-1-1*

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :



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.

 <b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b>	<b>FORMULAIRE</b>	<b>SN-SEC-MED-FORM-03-A</b>	
	<b>CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE</b>	Date d'application : 30/11/2018	Page <b>1 sur 1</b>

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

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

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

Certifie que M : **NICOLAS ABOURIZK**

Né(e) le : **21/10/1984** à DAKAR Age : **... 40 ANS**

Demeurant : **.....54 RUE RAFFENEL DAKAR**

**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 : **25/03/25**

Limite de validité : **30/09/25** Durée de validité : **6 MOIS**

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 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.*