

 <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. Pilot</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		<input checked="" type="checkbox"/>
15		<input checked="" type="checkbox"/>
16		<input checked="" type="checkbox"/>
17		<input checked="" type="checkbox"/>
18		<input checked="" type="checkbox"/>
19	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20		<input checked="" type="checkbox"/>
21		<input checked="" type="checkbox"/>
22		<input checked="" type="checkbox"/>
23		<input checked="" type="checkbox"/>
Pour les candidates :		
24		<input type="checkbox"/>
25		<input 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 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 : *ABOORIZK* Prénoms : *Nicolas* Date de naissance (JJ/MM/AAAA): *21-10-84* *Doker*  
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 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)	<i>+</i>
(210) Nez, sinus	<i>+</i>		(220) système génito-urinaire	<i>+</i>
(211) Oreilles, tympans, compli- ance 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  
*PMT Air Senegal, Diète 4320, hls, en couch, 2 e fnt, 500 ATCO, rhéologie  
Psychisme bon vol, structure, Talon = 0 Alcool = occasionnel, spirit = 0, Cerebral pte de  
2 axes Anorex et Tellectone 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/Contac  
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		<i>+</i>			
Œil gauche		<i>+</i>			
Vison binoculaire		<i>+</i>			

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>	<i>+</i>	
(239) Audiogramme			<i>27/07/25</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	<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

(313) Perception des couleurs Normale  Anormale

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

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

(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  
95-03-2025

Nom et adresse du médecin agréé  
Dr Patrick CORREA  
Médecine Aéronautique  
SN-MED-004  
DGAC N°3857 - FAA-00773

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 :

Signature :

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

APTE pour la classe :  
 NAPTE 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"/>
-----------------------------------	--	-----------------------------------	-----------------------------------

(250) 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 003 REK*

Certifie que M :

*Nicolas*

Né(e) le : *21-10-1984* à *DAKAR* Age : *33*

Demeurant : *54-Rue Repond*

*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 :

*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.*