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 : PILOTE

CLASSE : 1

NOM DE L'EMPLOYEUR : AIR SENEGAL

ADRESSE : ....

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : SALL

Prénom : MODOU

Nationalité :

Sexe : ☐ F ☑ M

Né(e) le : 04 / 04 / 1962 à :

Lieu et date de l'examen médical : AMS

Adresse : YOFF VIRAGE - TOUNDOUPRYA. VILLA n° 45

Téléphone : ___-___-___-___ email :

Profession/activité : Pilote

Situation de famille : MARIÉ

Activité(s) pratiques

☑ Avion ☐ Planeur

☐ Hélicoptère ☐ Ballon

☐ 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 : AMS Nom du médecin : DR CORREA

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 »

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :		OUI	NON
1	Troubles cardiaques, hypertension artérielle		✓
2	Taux de cholestérol élevé		✓
3	Maladie respiratoire		✓
4	Maladies de l'estomac		✓
5	Maladies du foie		✓
6	Diabète		✓
7	Maladies rénales		✓
8	Maladies articulaires et du dos		✓
9	Maladie thyroïdienne		✓
10	Tumeur ou maladie cancéreuse		✓
11	Œil : choc, maladies, troubles visuels		✓
12	Vertiges, pertes de connaissance		✓
13	Migraines		✓

Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
14	Troubles du sommeil		✓
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	✓	
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?		✓
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?	✓	
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?		✓
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		✓
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?		✓
21	Consommez-vous de l'alcool ?		✓
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	✓	
23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		✓
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 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

5 - 26 . 2020

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

adeu. = RAS
Nal HTA Mé.