



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 : PICOTS  
CLASSE : 9  
NOM DE L'EMPLOYEUR :  
ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : DIOP  
Prénom : OUSSEYNOU  
Nationalité : SENEGAL Sexe :  F  M  
Né(e) le : 25 08 1985 à : DAKAR  
Lieu et date de l'examen médical :  
Adresse : TOUBA RENAISSANCE 2 LT 250  
MAMELLES  
Téléphone : 705633 email :  
Profession/activité : EXPERT-COMPTABLE  
Situation de famille : MARIÉ

Activité(s) pratiques  
 Avion  Planeur  
 Hélicoptère  Ballon  
 Autres précisez :  
Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) IBA QUEYE  
Aérodrome : GOPY  
Activités aériennes antérieures :  
Heures de vol : ± 45

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

Si OUI : Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Lieu : Nom du médecin :

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		<u>XXXXXX</u>
2	Taux de cholestérol élevé		<u>XXXXXX</u>
3	Maladie respiratoire		<u>XXXXXX</u>
4	Maladies de l'estomac		<u>XXXXXX</u>
5	Maladies du foie		<u>XXXXXX</u>
6	Diabète		<u>XXXXXX</u>
7	Maladies rénales		<u>XXXXXX</u>
8	Maladies articulaires et du dos	<u>X</u>	<u>XXXXXX</u>
9	Maladie thyroïdienne		<u>XXXXXX</u>
10	Tumeur ou maladie cancéreuse		<u>XXXXXX</u>
11	Œil : choc, maladies, troubles visuels		<u>XXXXXX</u>
12	Vertiges, pertes de connaissance		<u>XXXXXX</u>
13	Migraines		<u>XXXXXX</u>

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

14/05/2018  
[Signature]

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

Nouveau Déd. 1997 - HI non corrigée. (8) = Net discopathie III (9010) = RAS.



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 : **DIOUF** Prénoms : **OUSSEYNOU** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **25/04/1985**  
Lieu de naissance : **DAKAR**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <b>97</b> cm	(203) Poids <b>185</b> kg	(204) Yeux couleur <b>Nai</b>	(205) Cheveux couleur <b>Nai</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique <b>109</b>	Diastolique <b>79</b>		
						Pulsations <b>73</b>	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	<input checked="" type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympan, compliance 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  
**IP. Aero Club. Iba Bwège ; Expert Acceptable. 4 ans. Avec licence.**  
**Tabac = 0 Alu = 0 TI = 0 Sport = ±.**

**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	<b>9</b>	Corrigée à
Œil gauche sans correction	<b>9</b>	Corrigée à
Vision binoculaire, sans correction	<b>10</b>	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		
<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>			
Rapport annexés		Non réali sé	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG			<b>14-05-15</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(239) Audiogramme			<b>14-05-25</b>	<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) <b>de près</b>		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) <b>Lunettes</b>		(233) <b>Lentilles de contact</b>			
Oui <input type="checkbox"/>		Non <input checked="" type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>	
Type :		Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	

(313) **Perception des couleurs** Normale  Anormale

Tables pseudo-isochromatiques  
Nombre de tables présentées **20** Type ISHIHARA  
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  Non   
Oui  Non

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
----	-----	------	------	------	------	------

Oreille droite						
----------------	--	--	--	--	--	--

Oreille gauche						
----------------	--	--	--	--	--	--

(236) **Fonction respiratoire** (237) Hémoglobine

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	13,1 (g/dl)
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

*Gfe = 0,87*

(248) **commentaires, limitations :**

*Apti classe 2*

(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

*19-05-2025*

Nom et adresse du médecin agréé

Cachet et signature



*[Signature]*

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 :

*Apti*

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 :

<b>Champ d'application du certificat</b>	<b>Classe 1</b>	<b>Classe 2</b>	<b>Classe 3</b>
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	<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 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 : **OUSSEYNOU DIOUF**

Né(e) le : **25/02/1985** à DAKAR Age : **40 ANS**

Demeurant : **MAMELLES**

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 : **14/05/25**

Limite de validité : **31/05/26** Durée de validité : **...1 AN.....**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

Signature et cachet



*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.*