



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 AVION
CLASSE : 1
NOM DE L'EMPLOYEUR : AIR SENEGAL SA
ADRESSE : RTE DES ALMADIES

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : FALL
Prénom : PAPA ABDOULAYE
Nationalité : SENEGALAISE Sexe : F M
Né(e) le : 23/08/1971 à : DAKAR
Lieu et date de l'examen médical : DAKAR, le 20/03/2023
Adresse : MASJID - DAKAR Yoff Toughe
Téléphone : 77 548 7030 email : paboulougefall@gmail.com
Profession/activité : Pilote Avion
Situation de famille : Trivie

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 : 16/09/2022 Lieu : Nom du médecin : Dr Patrick 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 »

	OUI	NON
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		

Répondez aux questions suivantes :

	OUI	NON
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		

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

le 20/03/2023

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 : FALL		Prénoms : PAPA ABDOULAYE		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 28/08/1971		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 183 cm	(203) Poids 81 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos
	Systolique 123	Diastolique 88	Pulsations 65	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	✓		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	✓
(209) Cavité bucale, gorge, dents	✓		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	
(210) Nez, sinus	✓		(220) système génito-urinaire	✓
(211) Oreilles, tympans, compli- ance tympanique	✓		(221) Système endocrinien, thyroïde	✓
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	✓		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	✓
(213) Yeux - pupilles	✓		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	✓
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	✓		(224) Examen neurologique- réflexes etc	✓
(215) Poumons, thorax. seins	✓		(225) Psychiatrie	✓
(216) Cœur	✓		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	✓
(217) Système vasculaire	✓		(227) Etat général	✓

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
 ODB AERO. Non surveillé. 51 ans. Acuité visuelle

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

	Lunettes/Contact			
	Corrigée à		t	
Œil droit sans correction			10	
Œil gauche sans correction			10	
Vision binoculaire, sans correction			10	
(230) Vision intermédiaire	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
N14 lu à 100cm				
Œil droit				
Œil gauche			10	
Vision binoculaire			10	

(235) Analyse d'urine Normale anormale

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
✓	✓	✓			
Rapport annexés			Non réali- sé	Date	Nor- mal
(238) ECG				10/03/2017	
(239) Audiogramme					
(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
N5 lu à 30 - 50cm

Sans correction		Avec correction	
Oui	Non	Oui	Non

Œil droit Oui Non

Œil gauche Oui Non

Vision binoculaire Oui Non

(232) Lunettes (233) Lentilles de contact

Oui Non Oui Non

Type : Type :

réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Type ISHIHARA

Nombre de tables présentées 19 Nombre d'erreurs 0

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

Oreille droite	Oreille gauche
Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" 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)	Hémoglobine (g/dl)
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	16,4 (g/dl) Glyc = 1,03

(248) commentaires, limitations :
cat corrélation optique
Apté classes -> 30-09-2013

(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 : 10-03-2017

Nom et adresse du médecin agréé : Dr Patrick CORREA, 3, Av. des Ambassades, DAKAR SENEGAL

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 :

Apr **Dr Patrick CORREA**
Signature
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773

(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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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 1 sur 1

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

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

Titulaire de l'agrément n : **MD 004 ANACS DT 08**

Certifie que M : **PAPA ABDOULAYE FALL**

Né(e) le : **29/08/71** à DAKAR Age : ... **51 ANS**.....

Demeurant : **YOFF THONGOR**.....

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.

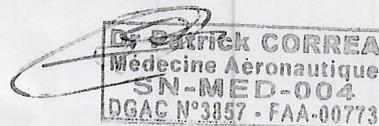
Date de l'examen : **20/03/23**

Limite de validité : **30/09/23** Durée de validité : **6 MOIS**.....

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

PORT DE VERRES OBLIGATOIRE

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.