

 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 : NAVIGANT AVION
CLASSE : 1
NOM DE L'EMPLOYEUR : AIR SENEGAL
ADRESSE : RTE DES ALTADIES

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>FALL</u> Prénom : <u>TAPA ABDOULAYE TL</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>29 / 08 / 1971</u> à : Lieu et date de l'examen médical : <u>DAKAR, 26 MARS 2024</u> Adresse : <u>Rue 354, Yoff TONGHOR</u> Téléphone : <u>775487090</u> Email : <u>pabdoulayfall@gmail.com</u> Profession/activité : <u>PILOTE AVION</u> Situation de famille : <u>MARIÉ</u>	Activité(s) pratiques <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 :
--	--

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? OUI NON
 Si OUI : Date : 23 / 09 / 2023 Lieu : DAKAR 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		<u>6</u>
2		<u>6</u>
3		<u>6</u>
4		<u>6</u>
5		<u>6</u>
6		<u>6</u>
7		<u>6</u>
8		<u>6</u>
9		<u>6</u>
10		<u>6</u>
11		<u>6</u>
12		<u>6</u>
13		<u>6</u>

Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
14	Troubles du sommeil		<u>6</u>
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		<u>6</u>
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?		<u>6</u>
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		<u>6</u>
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?		<u>6</u>
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		<u>6</u>
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?		<u>6</u>
21	Consommez-vous de l'alcool ?		<u>6</u>
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	<u>6</u>	
23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		<u>6</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 entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

Date et signature du personnel aéronautique
26/03/2024


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 EL Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 29/09/1971
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 186 cm	(203) Poids 89 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique Diastolique 110 82	(207) Pouls au repos Pulsations Rythme 60 <input type="checkbox"/> irrégulier <input checked="" type="checkbox"/> régulier
--	------------------------	----------------------	----------------------------	-------------------------------	--	---

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal	normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	α		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	α
(209) Cavité bucale, gorge, dents	α		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	
(210) Nez, sinus	α		(220) système génito-urinaire	α
(211) Oreilles, tympan, compliance tympanique	α		(221) Système endocrinien, thyroïde	α
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	α		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	α
(213) Yeux - pupilles	α		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	α
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	α		(224) Examen neurologique- réflexes etc	α
(215) Poumons, thorax, seins	α		(225) Psychiatrie	α
(216) Cœur	α		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	α
(217) Système vasculaire	α		(227) Etat général	α

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
CDB. A320. Ann Sénégal. Ann 2. enft. 5 2 ans.
Tall = 0
Aler = 0
Spal = 0
H = 0

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

(235) Analyse d'urine Normale anormale

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

Œil droit sans correction	Corrigée à	Lunettes/Contact	
		t	
Œil droit sans correction	Corrigée à	α	
Œil gauche sans correction	Corrigée à	α	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	α	

(230) Vision intermédiaire

N14 lu à 100cm	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit			α	
Œil gauche			α	
Vision binoculaire			α	

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
0	0	0			
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG			26/09 24	α	
(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	Sans correction		Avec correction	
N5 lu à 30 – 50cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit			<i>d</i>	
Œil gauche			<i>d</i>	
Vision binoculaire			<i>d</i>	
(232) Lunettes	(233) Lentilles de contact			
Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Type:	Type:			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter

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 :

Patrick Correa

Signature

Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N° 22857 - FAA-00773

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

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

Tables pseudo-isochromatiques Type ISHIHARA *W*

Nombre de tables présentées Nombre d'erreurs *0*

APTE pour la classe :

INAPTE pour la classe :

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

Remis pour une évaluation complémentaire dans l'affirmative, indiquer :

Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur

Oreille droite Oreille gauche

Oui Non Oui Non

Le destinataire :

Le motif :

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

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.

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	H (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"/>

Age = 41,01

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 : *Pont Corneille 11/12/13*

Apte classe 1 -> 30-09-2024

(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 *CE-07-2024*

Nom et adresse du médecin agréé

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature

Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N° 22857 - FAA-00773

 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 : **SN - MED - 004**

Certifie que M : **PAPA ABDOULAYE FALL**

Né(e) le : **29/08/1971** à DAKAR Age : **... 52 ANS**

Demeurant : **...RUE 354, YOFF TONGHOR**

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 : **26/03/24**

Limite de validité : **30/09/24** Durée de validité : **06 MOIS**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

PORT DE VERRES OBLIGATOIRE

Signature et cachet



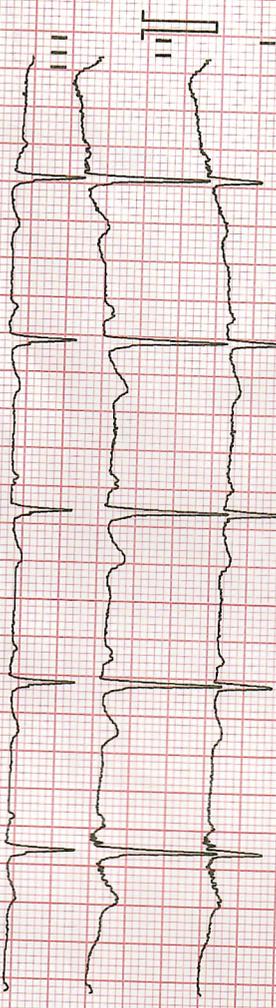
Un navigant doit cesser d'exercer les privilèges de sa licence et des qualifications et autorisations associées dès qu'il est conscient de toute diminution de son aptitude médicale susceptible de nuire à l'exercice en toute sécurité des dits privilèges.

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.

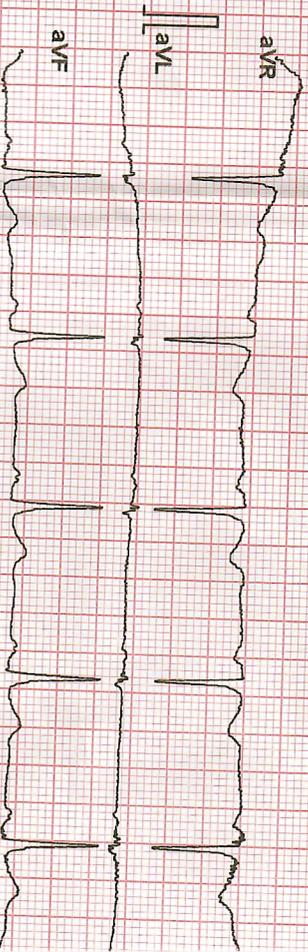
BTL-08 SD3 DIAG 3032 FW-4750000
Aut

26/03/2024 08:54:45

25mm/s
10mm/mV
50Hz ADS 1.5s



HR = 66



CE 0187

