

 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
CLASSE : 1
NOM DE L'EMPLOYEUR : AIR SENEGAL SA
ADRESSE : Rte de Almadies

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>FALL</u> Prénom : <u>PAPA ABDOULAYE</u> Nationalité : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>23 / 08 / 1971</u> à : <u>DAKAR</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>05/09/2024 à DAKAR</u> Adresse : <u>Rue 354, VOFF TONGHOL</u> <u>BP 29011 DAKAR</u> Téléphone : <u>77-5487030</u> email : <u>pabdoulayepo@gnl.gn</u> Profession/activité : <u>PILOTE AVION</u> Situation de famille : <u>MARIE</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 : <u>8500</u>
--	--

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? OUI NON
 Si OUI : Date : 26 / 03 / 2024 Lieu : AMS/DAKAR 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 »

	OUI	NON
1		<u>NON</u>
2		<u>NON</u>
3		<u>NON</u>
4		<u>NON</u>
5		<u>NON</u>
6		<u>NON</u>
7		<u>NON</u>
8		<u>NON</u>
9		<u>NON</u>
10		<u>NON</u>
11		<u>NON</u>
12		<u>NON</u>
13		<u>NON</u>

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

le 05/09/2024



Annotations du médecin-examineur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :
 (Si OUI pour 23 et 25, préciser) : 22 : Port VC.



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 29/08/1971
(JJ/MM/AAAA): 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 cm 184	(203) Poids kg 82	(204) Yeux couleur Marr	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique 132	Diastolique 84	Pulsations 71	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, compliance 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
CDB ABDO Air Sénégal, Paris LF-just, Corneel Ophtholm
Sous Tubue = 0 Alcool = 0, Surtout, Adhère.

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
		t

Glucose	Protéines	Sang	Autres
0	0	0	0

Œil droit sans correction	Corrigée à	10
Œil gauche sans correction	Corrigée à	10
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	10

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal	Anormal

(238) ECG

(239) Audiogramme

(230) Vision intermédiaire

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

(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				8	
Œil gauche				8	
Vison binoculaire				8	
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact			
Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Type :	
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	

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 :
<i>Apte</i>	<i>Signature: CORREA</i>



(313) Perception des couleurs Normale Anormale

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

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées <i>20</i>	Nombre d'erreurs <i>0</i>

(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'examinateur	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
---	--	--

APTE pour la classe :
 INAPTE pour la classe :
 Remis pour une évaluation complémentaire
 dans l'affirmative, indiquer :
 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

Gly = 0,82

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 type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
		<i>16,8</i>

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"/>

(248) commentaires, limitations :

Part candidat apte *Apte donc 1 -> 24-03-2024*

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé

Je soussigne 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	Nom et adresse du médecin agréé	Cachet et signature
<i>10-05 2024</i>	<i>Dr Patrick CORREA</i> 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	<i>Signature</i>

 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 : **53 ANS**

Demeurant : **...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 : **05/09/24**

Limite de validité : **31/03/25** Durée de validité : **6 MOIS**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

PORT DE VERRES OBLIGATOIRE

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.