



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 : PNC
CLASSE : D
NOM DE L'EMPLOYEUR : AIR SENEGAL
ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : KANE
Prénom : NDEYE AWA
Nationalité : Senegalaise Sexe : F M
Né(e) le : 28/01/76 à : DAKAR
Lieu et date de l'examen médical : 18/11/2019 AMS
Adresse : Cices Faire lot n° 37
Téléphone : 774552120 email : awakadi76@gmail.com
Profession/activité : Personnel Navigant Commercial
Situation de famille : MARIEE

Activité(s) pratiques

Avion Planeur
 Hélicoptère Ballon
 Autres précisez :
Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre)
Aérodrome : 15 km PNC
ASI, SA, ASA Sance 2019
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 : 30/11/2017 Lieu : DAKAR Nom du médecin : NAJID KAOUK
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 Peie asthme, glaucome, Arter...

Questionnaires précisions sur les réponses « OUI »

	OUI	NON
1		<input checked="" type="checkbox"/>
2		<input checked="" type="checkbox"/>
3		<input checked="" type="checkbox"/>
4		<input checked="" type="checkbox"/>
5		<input checked="" type="checkbox"/>
6		<input checked="" type="checkbox"/>
7		<input checked="" type="checkbox"/>
8		<input checked="" type="checkbox"/>
9		<input checked="" type="checkbox"/>
10		<input checked="" type="checkbox"/>
11		<input checked="" type="checkbox"/>
12		<input checked="" type="checkbox"/>
13		<input checked="" type="checkbox"/>

Répondez aux questions suivantes :

	OUI	NON
14		<input checked="" type="checkbox"/>
15		<input checked="" type="checkbox"/>
16		<input checked="" type="checkbox"/>
17		<input checked="" type="checkbox"/>
18		<input checked="" type="checkbox"/>
19		<input checked="" type="checkbox"/>
20		<input checked="" type="checkbox"/>
21		<input checked="" type="checkbox"/>
22		<input checked="" type="checkbox"/>
23		<input checked="" type="checkbox"/>
Pour les candidates :		
24		<input checked="" type="checkbox"/>
25		<input checked="" type="checkbox"/>

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
18/11/2019
Kane TABAC: 0
ALCOOL: 0
MDT: 0
SPORT: 2x/sem

Annotations du médecin-examineur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :
(Si OUI pour 23 et 25, préciser) :
(15) = 3 Mometone (2006-2017-2018) -> Pas



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 : **KANE** Prénoms : **NDIYE ANA** Date de naissance (JJ/MM/AAAA): **28/01/1976** 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 175 cm	(203) Poids 65 kg	(204) Yeux couleur N	(205) Cheveux couleur N	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique 100	Diastolique 70	Pulsations 70	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
 ⊕ Labent = passives = RAS - ⊕ A cause locale 5 psycho = RAS -
 ⊕ Plaques = 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	10	Corrigée à	Lunettes/Contact	
			Oui	Non
Œil gauche sans correction	10	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à		

(230) Vision intermédiaire

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

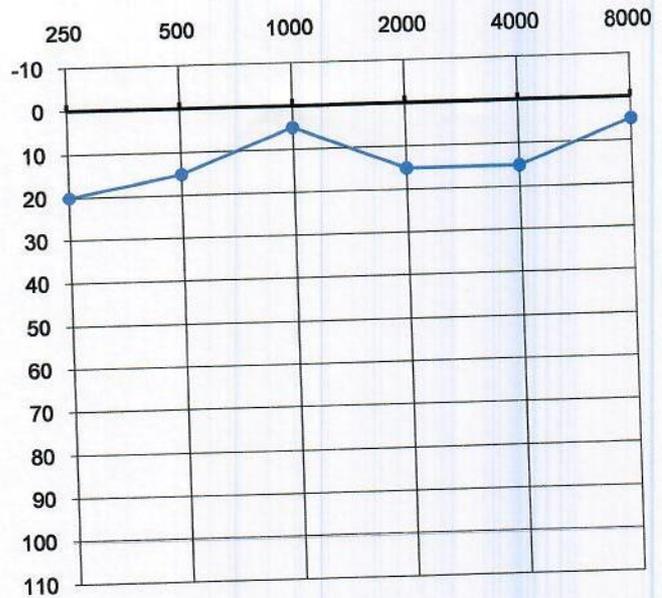
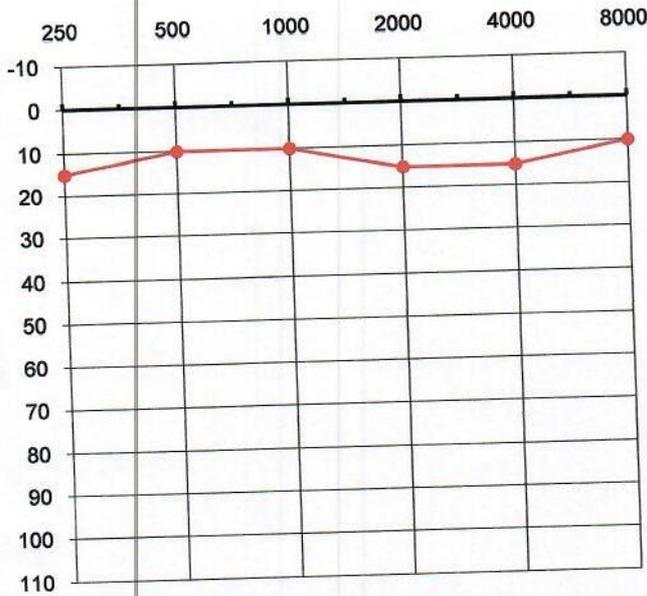
Glucose	Protéines	Sang	Autres			
0	0	0				
Rapport annexés			Non réalisé	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG				18-11-19	X	
(239) Audiogramme				19-11-15	X	←
(240) Examen Ophtalmologique						
(241) Examen ORL						
(242) Lipides sanguins						
(243) Fonctions respiratoires						
(320) Tonométrie G :						

le 19/11/19

KANE Ndeye
43 ans

Docteur Pascal GIUDICELLI221
33 860 94 94

OD - Audiogramme - OG



Perte	OD	OG
moyenne	13	13

WEBER	250	500	1000	2000	4000	8000
front	0	0	0	0	0	0

RS ipsi	droit
500	0
1000	0
2000	0
4000	0

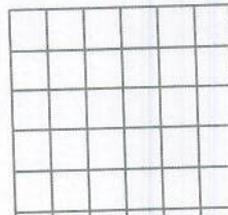
tympano	droite	gauche
VCA en ml	0	0
POM	0	0
CS en ml	0	0
Ampl en daF	0	0

RS ipsi	gauche
500	0
1000	0
2000	0
4000	0

TYMPANOMETRIE OD



TYMPANOMETRIE OG



Observations: assourdissement controlatéral

AUDIOGRAMME TONAL: dans les limites de la normale



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

CLASSE 2

CLASSE 3

Je soussigné, Docteur :

Titulaire de l'agrément n :



Certifie que M : **NDEYE AWA KANE**

Né(e) le : 28/01/1976 à DAKAR Age : 43 ANS

Demeurant : **CICES FOIRE LOT N°37**

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 : 18/11/19

Limite de validité : 30/11/20 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.