



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 de Ligne  
**CLASSE** : 1  
**NOM DE L'EMPLOYEUR** : Air Senegal SA  
**ADRESSE** :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : BA  
Prénom : Ousmane  
Nationalité : Senegal  
Né(e) le : 09/12/1968 à : Dakar  
Lieu et date de l'examen médical :  
Adresse : 98 Soud Urban Maristes-  
Téléphone : 77 520 7946 email :  
Profession/activité : Pilote COB  
Situation de famille : Célibataire

Sexe :  F  M

**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 : 12/03/2024 Lieu : AMS Nom du médecin : Dr CORREA.  
Vous avez été déclaré :  Apte  Inapte

Antécédents familiaux : Avez-vous connaissance de l'existence de 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		<input checked="" type="checkbox"/>
2 Taux de cholestérol élevé		<input checked="" type="checkbox"/>
3 Maladie respiratoire		<input checked="" type="checkbox"/>
4 Maladies de l'estomac		<input checked="" type="checkbox"/>
5 Maladies du foie		<input checked="" type="checkbox"/>
6 Diabète		<input checked="" type="checkbox"/>
7 Maladies rénales		<input checked="" type="checkbox"/>
8 Maladies articulaires et du dos		<input checked="" type="checkbox"/>
9 Maladie thyroïdienne		<input checked="" type="checkbox"/>
10 Tumeur ou maladie cancéreuse		<input checked="" type="checkbox"/>
11 Œil : choc, maladies, troubles visuels		<input checked="" type="checkbox"/>
12 Vertiges, pertes de connaissance		<input checked="" type="checkbox"/>
13 Migraines		<input checked="" type="checkbox"/>

Répondez aux questions suivantes :

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

12/09/2024  
M. Ousmane

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 : BA

Prénoms : Ousmane

Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 09/12/1968  
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 180 cm	(203) Poids 68 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique 130	Diastolique 80		
						Pulsations 8	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	d		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	d	
(209) Cavité bucale, gorge, dents	d		(219) Anus, rectum (si nécessaire)		
(210) Nez, sinus	d		(220) système génito-urinaire	d	
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	d		(221) Système endocrinien, thyroïde	d	
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	d		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	d	
(213) Yeux - pupilles	d		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	d	
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	f		(224) Examen neurologique- réflexes etc	d	
(215) Poumons, thorax, seins	d		(225) Psychiatrie	d	
(216) Cœur	d		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	d	
(217) Système vasculaire	d		(227) Etat général	d	

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire

Im = CDS. en cause. A320. Air Sénégal. SA. 55 ans. Divorcé. Tabac = 0  
Alc = 0  
Sport = ok.

**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	Corrigée à	10	
Œil gauche sans correction	Corrigée à	10	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	10	
(230) Vision intermédiaire		Sans correction	
		Avec correction	
N14 lu à 100cm	Oui	Non	Non
Œil droit			X
Œil gauche			X
Vision binoculaire			X

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
0	0	0		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal
				Anormal
(238) ECG			12/06/2017	d
(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				<input checked="" type="checkbox"/>	
Œil gauche				<input checked="" type="checkbox"/>	
Vison binoculaire				<input checked="" type="checkbox"/>	
(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 :  <i>Apte</i>	Nom :    Signature : 
---------------------------	--------------------------------------

(313) Perception des couleurs Normale  Anormale

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

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

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

(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"/>

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 :

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

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

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

(248) commentaires, limitations :  
*Part correcte optique*  
*Hb = 13,5*  
*Apte classe 1 -> 3A-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 <i>12-09-2024</i>	Nom et adresse du médecin agréé <i>Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassadeurs DAKAR SENEGAL</i>	Cachet et signature 
---	---	-------------------------



 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 <b>1 sur 1</b>

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 : **OUSMANE BA**

Né(e) le : **09/12/1968** à DAKAR Age : **... 55 ANS**

Demeurant : **...98/ SCAT URBAM**

**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 : **12/09/24**

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.*