



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** : CONTROLLEUR  
**CLASSE** : 3  
**NOM DE L'EMPLOYEUR** : ASECNA  
**ADRESSE** : CITE MIXTA

**Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique**

|   |   |
|---|---|
| Nom : <u>SENE</u><br>Prénom : <u>BACARY</u><br>Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M<br>Né(e) le : <u>09/09/1987</u> à : <u>ZIGUINCHOR</u><br>Lieu et date de l'examen médical : <u>14/01/2021 AMS</u><br>Adresse :<br>Téléphone : <u>775243065</u> email : <u>bacarysene@gmail.com</u><br>Profession/activité : <u>CONTROLEUR AERIEN</u><br>Situation de famille : <u>MARIE</u> | <b>Activité(s) pratiques</b><br><input type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur<br><input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Ballon<br><input type="checkbox"/> Autres précisez :<br>Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre)<br>Aérodrome :<br>Activités aériennes antérieures :<br>Heures de vol : |
|---|---|

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ?  OUI  NON  
 Si OUI : Date : 03/01/2019 Lieu : AMS 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 » |     |                                     | Répondez aux questions suivantes : |   |                                     |
|--|-----|-------------------------------------|------------------------------------|---|-------------------------------------|
|  | OUI | NON                                 |                                    | OUI   | NON                                 |
| 1  |     | <input checked="" type="checkbox"/> | 14                                 | Troubles du sommeil   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2  |     | <input checked="" type="checkbox"/> | 15                                 | Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?                            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3  |     | <input checked="" type="checkbox"/> | 16                                 | Avez-vous eu un accident dans le passé ?                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4  |     | <input checked="" type="checkbox"/> | 17                                 | Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?                      | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5  |     | <input checked="" type="checkbox"/> | 18                                 | Etes-vous un consommateur de tabac ?                                      | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6  |     | <input checked="" type="checkbox"/> | 19                                 | Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?                        | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7  |     | <input checked="" type="checkbox"/> | 20                                 | Faites-vous usage de drogues illicites ?                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8  |     | <input checked="" type="checkbox"/> | 21                                 | Consommez-vous de l'alcool ?  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9  |     | <input checked="" type="checkbox"/> | 22                                 | Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10   |     | <input checked="" type="checkbox"/> | 23                                 | Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?                    | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 11   |     | <input checked="" type="checkbox"/> | Pour les candidates :              |   |                                     |
| 12   |     | <input checked="" type="checkbox"/> | 24                                 | Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 13   |     | <input checked="" type="checkbox"/> | 25                                 | Autres  | <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 textes 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  
14/01/2021

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 : SENE Prénoms : BACARY Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 09/09/1987  
Lieu de naissance : ZIGUINCHOR

|  |                               |                             |                                   |                                      |  |                          |                         |   |
|--|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--|--------------------------|-------------------------|---|
| (201) Catégorie d'examen<br><input type="checkbox"/> Initial<br><input type="checkbox"/> Prorogation<br><input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement<br><input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille<br><u>180</u> cm | (203) Poids<br><u>78</u> kg | (204) Yeux couleur<br><u>Noir</u> | (205) Cheveux couleur<br><u>Noir</u> | (206) Tension artérielle (assis)<br>mmHg |                          | (207) Pouls au repos    |   |
|  |                               |                             |                                   |                                      | Systolique<br><u>130</u>                 | Diastolique<br><u>90</u> | Pulsations<br><u>70</u> | Rythme<br><input type="checkbox"/> irrégulier<br><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  
Cardiac Acum 33 ans / 1 an / 1 sept. psych = PAS.  
Tabac = 0 Alc = 0 Sport = ok. III = 0. Plomb = 0

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

(229) (de loin à 5m/6m en dixième

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

(235) Analyse d'urine

Normale  anormale

| Glucose  | Protéines | Sang     | Autres                        |             |                 |         |          |  |
|----------|-----------|----------|-------------------------------|-------------|-----------------|---------|----------|--|
|          |           |          | Rapport annexés               | Non réalisé | Date            | Nor mal | Anor mal |  |
| <u>0</u> | <u>0</u>  | <u>0</u> |                               |             |                 |         |          |  |
|          |           |          | (238) ECG                     |             | <u>14-01-21</u> | /       |          |  |
|          |           |          | (239) Audiogramme             |             | <u>14-01-21</u> | /       |          |  |
|          |           |          | (240) Examen Ophtalmologique  |             |                 |         |          |  |
|          |           |          | (241) Examen ORL              |             |                 |         |          |  |
|          |           |          | (242) Lipides sanguins        |             | <u>14-01-20</u> | /       |          |  |
|          |           |          | (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                    |   |                              |                              |                 |     |
| Œil gauche                   |   |                              |                              |                 |     |
| Vison binoculaire            |   |                              |                              |                 |     |
| (232) Lunettes               |   | (233) Lentilles de contact   |                              |                 |     |
| Oui <input type="checkbox"/> | Non <input checked="" type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |                 |     |
| Type :                       |   | 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>M/Li</i> |       |
|             |       |

(313) Perception des couleurs Normale  Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Type ISHIHARA  
Nombre de tables présentées *10* 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"/> | Oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Non <input type="checkbox"/>            | Non <input type="checkbox"/>            |

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

|   |   |
|---|---|
| Oui <input checked="" type="checkbox"/> | Oui <input checked="" type="checkbox"/> |
| Non <input type="checkbox"/>            | Non <input type="checkbox"/>            |

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"/> | <i>14.3</i>        |

(248) commentaires, limitations :  
*CT = 9,17 g/l à renouveler*

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

APTÉ 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 <input type="checkbox"/> | Classe 2 <input type="checkbox"/> | Classe 3 <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|

(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  
*14-01-2021*

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

Cachet et signature

*Apté classe 3 -> 31-01-2023*