



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 : Contrôleur Aérien

CLASSE : 3

NOM DE L'EMPLOYEUR : ASECNA

ADRESSE : Représentation de l'ASECNA
au Sénégal BP 8132 - Dakar

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : DIARRA

Prénom : MAMADOU

Nationalité : Malienne

Né(e) le : 15/07/1977 Sexe : F M

à : BATAKO

Lieu et date de l'examen médical : DAKAR, le 13/06/2023

Adresse : cité ASECNA à YOFF, appartenant à S5

Téléphone : 771521615 email : diarra_m_lou@yahoo.fr

Profession/activité : Contrôleur Aérien

Situation de famille : Marié, père de 3 enfants

Activité(s) pratiques

Avion

Planeur

Hélicoptère

Ballon

Autres précisez : Contrôleur Aérien

Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre)

Aérodrome : DAKAR (CCR)

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 : 13/09/2023 Lieu : ABIDJAN Nom du médecin : DR KOUADIO ALAIN JOEL

Vous avez été déclaré : Apté Inapte

Antécédents familiaux : Avez-vous connaissance de l'existence d'une maladie grave parmi les proches 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 Oeil : 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 ?	<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 testes en vigueur.

Toute 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

13 Juin 2023

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



RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Date
d'application :
10/06/2017

Page
1 sur 2

NOM : **JIARRA**

Prénoms : **MAITAOUI**

Date de naissance
(JJ/MM/AAAA):
Lieu de naissance :

15/07/1977
BAMAKO/MA LI

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 180 cm	(203) Poids 90 kg	(204) Yeux couleur Mar	(205) Cheveux couleur Mar	(206) Tension artérielle (assis) 154 / 94	(207) Pouls au repos 83	
						Systolique	Diastolique

Examen clinique : Cochez chaque item

	normal	anormal		normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	<input checked="" type="checkbox"/>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input checked="" type="checkbox"/>	
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input checked="" type="checkbox"/>	
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>		(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>	
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>		(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" type="checkbox"/>	
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input checked="" type="checkbox"/>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input checked="" type="checkbox"/>	
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>	
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>		(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>	
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>		(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>	
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>	
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>		(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>	
(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire	<i>Cœphalgie Acuité 4.5ans. Taux 3 en 100. Plante = 0.</i>				

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/Contac
t

Glucose	Protéines	Sang	Autres
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal
(238) ECG	<i>13-06-2013</i>		
(239) Audiogramme			<i>1.</i>
(240) Examen Ophtalmologique			
(241) Examen ORL			
(242) Lipides sanguins			
(243) Fonctions respiratoires			
(320) Tonométrie G :			

Œil droit sans correction

10

Corrigée à

Œil gauche sans correction

10

Corrigée à

Vision binoculaire, sans correction

10

Corrigée à

(230) Vision intermédiaire

Sans correction
Avec correction

N14 lu à 100cm

Oui Non Oui Non

Œil droit

1

Œil gauche

1

Vision binoculaire

1



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 type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Type :	
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	

(313) Perception des couleurs		Normale <input type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>
Tables pseudo-isochromatiques		Type ISHIHARA	
Nombre de tables présentées		Nombre d'erreurs	

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis (si 239/241 non réalisé)		Oreille droite	Oreille gauche
Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur		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)				
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 :

(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

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature
Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773

 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	FORMULAIRE CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE	SN-SEC-MED-FORM-03-A Date d'application : 30/11/2018	Page 1 sur 1
--	---	---	-----------------

CATEGORIES			
CLASSE 1 <input type="checkbox"/>	CLASSE 2 <input type="checkbox"/>	CLASSE 3 <input checked="" type="checkbox"/>	

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

Titulaire de l'agrément n : **SN - MED - 004**

Certifie que M : **MAMADOU DIARRA**

Né(e) le : **15/07/77** à **BAMAKO...** Age : **... 45 ANS.....**

Demeurant : **CITE ASECNA YOFF.....**

REPOND (Préciser REPOND ou NE REPOND PAS)

Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des priviléges liés à la Classe spécifiée ci-dessus.

Date de l'examen : **13/06/23**

Limite de validité : **30/06/24** Durée de validité : **... 1 AN.....**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

[REDACTED]

[REDACTED]

Signature et cachet



Un navigant doit cesser d'exercer les priviléges 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 priviléges.

Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passer ce délai le Médecin Evaluateur 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 susmentionnée.