

 <b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b>	<b>FORMULAIRE</b>	<b>SN-SEC-MED-FORM-01-A</b>	
	<b>EXAMEN MEDICAL DU PERSONNEL DE L'AERONAUTIQUE CIVILE</b>	Date d'application : 10/09/2018	Page <b>1 sur 1</b>

**TYPE DE PERSONNEL** : Élève Pilote.  
**CLASSE** : 2  
**NOM DE L'EMPLOYEUR** : .....  
**ADRESSE** : .....

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

Nom : <u>CORREA</u> Prénom : <u>Toumanig</u> Nationalité : <u>Senegal</u> Né(e) le : <u>22/08/2007</u> à : <u>Dakar</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Lieu et date de l'examen médical : <u>13-09-2023 Dakar</u> Adresse : <u>Neuoz Pyrotechnie Lot 25</u> Téléphone : <u>77-1761200</u> email : ..... Profession/activité : <u>Élève</u> Situation de famille : <u>Célibataire</u>	<b>Activité(s) pratiques</b> <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 : <u>Aéroclub Iba Guei</u> Activités aériennes antérieures : ..... Heures de vol : <u>1</u>
--	--

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ?  OUI  NON

Si OUI : Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_ Nom du médecin : \_\_\_\_\_

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 Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :		
1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle		<u>2</u>
2 Taux de cholestérol élevé		<u>2</u>
3 Maladie respiratoire		<u>2</u>
4 Maladies de l'estomac		<u>2</u>
5 Maladies du foie		<u>2</u>
6 Diabète		<u>2</u>
7 Maladies rénales		<u>2</u>
8 Maladies articulaires et du dos		<u>2</u>
9 Maladie thyroïdienne		<u>2</u>
10 Tumeur ou maladie cancéreuse		<u>2</u>
11 Œil : choc, maladies, troubles visuels		<u>2</u>
12 Vertiges, pertes de connaissance		<u>2</u>
13 Migraines		<u>2</u>

Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
14	Troubles du sommeil		<u>2</u>
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		<u>2</u>
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?		<u>2</u>
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		<u>2</u>
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?		<u>2</u>
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		<u>2</u>
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?		<u>2</u>
21	Consommez-vous de l'alcool ?		<u>2</u>
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	<u>2</u>	
23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		
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 entrainerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

Date et signature du personnel aéronautique

13-09-2023

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 : **CORREA** Prénoms : **Toumani** Date de naissance (JJ/MM/AAAA): **22-08-2007**  
Lieu de naissance : **DAKAR**

(201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <b>176 cm</b>	(203) Poids <b>73 kg</b>	(204) Yeux couleur <b>Marron</b>	(205) Cheveux couleur <b>Brn.</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos
	Systolique <b>103</b>	Diastolique <b>59</b>	Pulsations <b>77</b>	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	<b>1</b>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<b>1</b>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<b>1</b>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	
(210) Nez, sinus	<b>1</b>		(220) système génito-urinaire	<b>1</b>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<b>1</b>		(221) Système endocrinien, thyroïde	<b>1</b>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<b>1</b>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<b>1</b>
(213) Yeux - pupilles	<b>1</b>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<b>1</b>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<b>1</b>		(224) Examen neurologique- réflexes etc	<b>1</b>
(215) Poumons, thorax, seins	<b>1</b>		(225) Psychiatrie	<b>1</b>
(216) Cœur	<b>1</b>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<b>1</b>
(217) Système vasculaire	<b>1</b>		(227) Etat général	<b>1</b>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire  
**EP 16 ans cecib. œufs. Parasite = 0.**  
**Tobac = 0. Pile = 0. Spuy = 4x12. Mot = 0.**

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

(235) Analyse d'urine Normale **1** anormale

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

		Lunettes/Contact			
		Corrigée à			
Œil droit sans correction		<b>7</b>			
Œil gauche sans correction		<b>10</b>			
Vision binoculaire, sans correction		<b>10</b>			
(230) Vision intermédiaire		Sans correction		Avec correction	
N14 lu à 100cm		Oui	Non	Oui	Non
Œil droit				<b>1</b>	
Œil gauche				<b>1</b>	
Vision binoculaire				<b>1</b>	

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	Non réalisé	Date
Rapport annexés		Normal	Anormal	
(238) ECG		<b>13-05-2013</b>	<b>1</b>	
(239) Audiogramme		<b>13-09-2013</b>	<b>1</b>	
(240) Examen Ophtalmologique		<b>13-05-2013</b>	<b>1</b>	
(241) Examen ORL		<b>13-09-2013</b>	<b>1</b>	
(242) Lipides sanguins				
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G : D: mmHg		<b>13-05-2013</b>	<b>1</b>	

**EEG = PAS.**  
**Rx pulmon = 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  
2 sur 2

(231) <b>de près</b>  N5 lu à 30 – 50cm	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non

Œil droit				
Œil gauche				
Vision binoculaire				

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

(313) **Perception des couleurs** Normale  Anormale

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

(234) **Audition** (ne pas remplir ici lors des examens approfondis (si 239/241 non réalisés)

Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	Oreille droite	Oreille gauche
	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" 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"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
		<b>12,8</b>

(248) **commentaires, limitations :**  
*cat caudex optique. Apte examen 2. -> 3009.2025*

(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 **17-08-2025** Nom et adresse du médecin agréé **Dr Patrick CORREA  
3, Av. des Ambassades  
DAKAR SENEGAL**

(244) Divers (Sujet ?)

(247) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude

Avis : <b>Apte.</b>	Nom :
	Signature :

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

**APTE 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 :

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



**MEDICS SARL**



*Radiographie – Mammographie – Echographie Doppler  
Panoramique dentaire – Scanner – Radiologie interventionnelle*

## **RADIOGRAPHIE DU THORAX**

Identité du patient : TOUMANI CORREA

Date : 13/09/2023

N° examen : 663/E/09/23

Age : 16 ans

Indication clinique : toux chronique

### **RESULTATS**

Absence d'anomalie parenchymateuse en foyer.

Pas d'épanchement pleural.

Silhouette médiastinale normale.

Absence de lésion osseuse.

#### **AU TOTAL :**

Radiographie du thorax normale.

**Pr Abdoulaye Ndoye DIOP**

***MEDICS SARL, 14, Bd Martin Luther King en face Nouveau quai de pêche de  
Soubédioune, Fann Hock – Dakar.***

***NINEA : 0046912272V2 RC : SN DKR 2012B16095.***

***Tel : 33821 21 50***

 <b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b>	<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 1 sur 1

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

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

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

Certifie que M : **TOUMANI CORREA**

Né(e) le : **22/08/2007** à DAKAR Age : **16 ANS**.....

Demeurant : .....**ROME**.....

**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 : **13/09/23**

Limite de validité : **30/09/25** Durée de validité : **2 ANS**.....

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

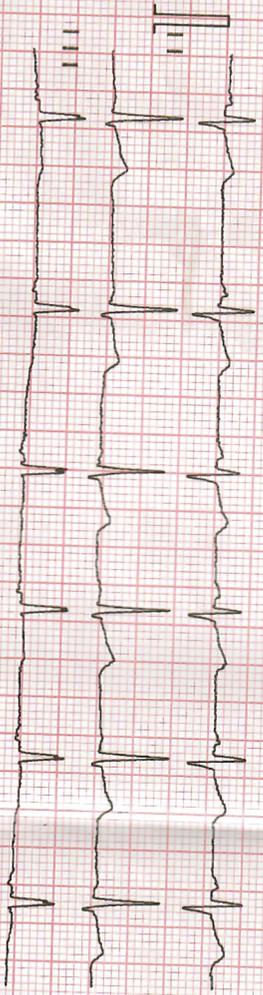
*Un navigant doit cesser d'exercer les privilèges de sa licence et des qualifications et autorisations associées dès qu'il est conscient de toute diminution de son aptitude médicale susceptible de nuire à l'exercice en toute sécurité des dits privilèges.*

*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.*

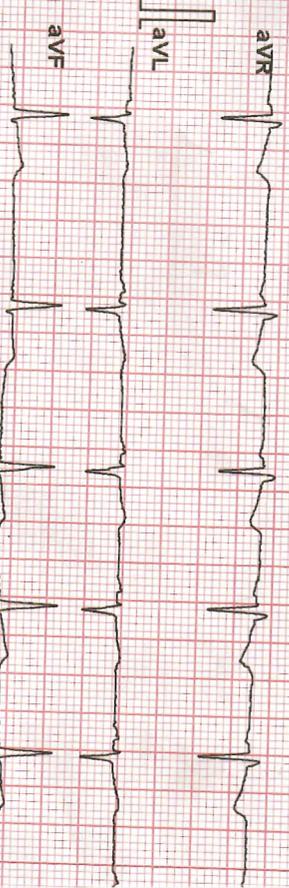
BTL-08 SD3 DIAG 30.32 FW:4.75.0000  
AUI

13/09/2023 16:47:03

25mm/s  
10mm/mV  
50Hz ADS 1.5s



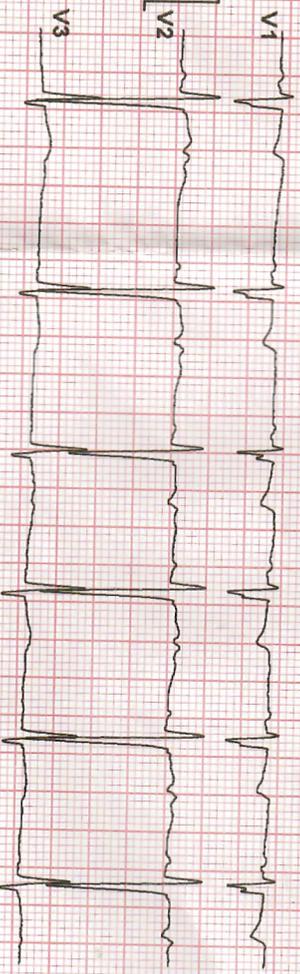
HR = 77



CE 087

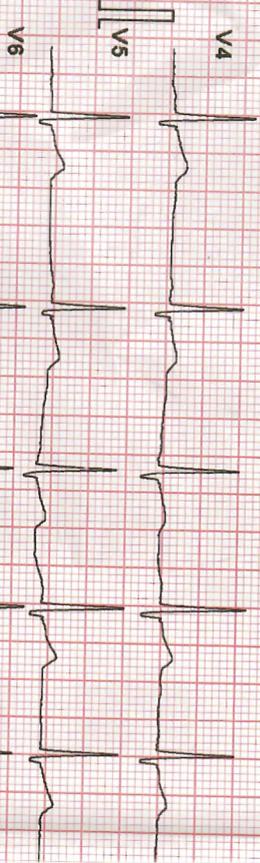
CE 087

HR = 77

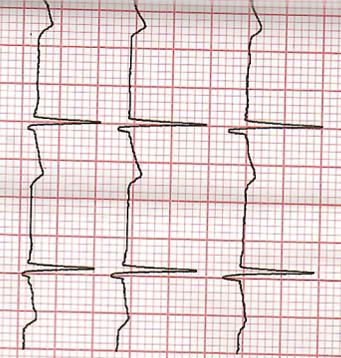


CE 4107

HR = 77



CE 4107



[mV]	P+	P-	Q	R	S	R'	S'	T+	T-	ST	STs [uV/s]
I	67	-	-	402	-379	-	-	157	-	-8	537
II	-	-	-	931	-110	-	-	181	-	12	692
III	-	-46	-	571	-	-	-	39	-	24	171
aVR	-	-45	-664	154	-	-	-	-	-171	2	-582
aVL	56	-	-	41	-461	-	-	64	-	-17	199
aVF	-	-	-	716	-58	-	-	105	-	18	437
V1	-	-	-	149	-522	-	-	-	-124	9	-319
V2	59	-	-	491	-1730	-	-	114	-	21	329
V3	-	-	-	765	-261	-	-	74	-	8	263
V4	-	-	-	1071	-229	-	-	128	-	-1	436
V5	-	-	-	1023	-162	-	-	145	-	-11	485
V6	-	-	-	901	-89	-	-	133	-	-6	590

SE	73 1/min
RR	824 ms
P	102 ms
QRS	130 ms
PQ	372 ms
QT	409 ms
QTc	-7°
axis P	92°
axis QRS	41°
axis T	

DEVIATION D'AXES  
 ECG NORMAL  
 RYTHME SINUSAL  
 Dr Patrick CORREA  
 Medicines Aeronautiques  
 S.N.I.M.E D-0004  
 57.5.AA.00773

Tomow  
 Correa  
 13/09/23  
 RDS