



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 ISS Dakar*

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <i>SROUR</i> Prénom : <i>NABIL MOUSTAPHA</i> Nationalité : <i>SENEGALAISE</i> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <i>16/05/1989</i> à : <i>KAOLACK</i> Lieu et date de l'examen médical : <i>06/04/2021</i> Adresse : <i>Dakar</i> Téléphone : <i>777213120</i> email : <i>playnabil@yahoo.fr</i> Profession/activité : <i>Contrôleur aérien</i> Situation de famille : <i>marie</i>	Activité(s) pratiques <input 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 : 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 : *29/04/2019* Lieu : *Dakar* Nom du médecin : *Dr. KOREA*

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 »

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

Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
14	Troubles du sommeil		X
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	✓	
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?		X
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		X
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?		X
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		X
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?		X
21	Consommez-vous de l'alcool ?		X
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	✓	
23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		X
Pour les candidates :			
24	Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?		X
25	Autres		X

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 testés en vigueur.

Toutes fausses déclarations 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

06/04/2021

[Signature]

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

15 - Hernie inguinale (2012) 22 - lunettes / lunettes / lunettes oculaires pendant les études



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 : **SROUR** Prénoms : **NABIL Moustapha** Date de naissance (JJ/MM/AAAA): **16/05/1989**
Lieu de naissance : **Kaolack**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 179 cm	(203) Poids 70 kg	(204) Yeux couleur Vert foncé	(205) Cheveux couleur Marron	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique: 115 Diastolique: 85	(207) Pouls au repos 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, tympanes, 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.
Ce contrôleur Notre remarque recueillie (Sujet) - Signaler une atteinte ORL en lieux confinés (Mts sous Genset) (Après le soir)

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

Glucose	Protéines	Sang	Autres
0	0	0	

Œil droit sans correction	10/10	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	10/10	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	10/10	Corrigée à	

(230) Vision intermédiaire

Sans correction Avec correction

N14 lu à 100cm

Oui Non Oui Non

Œil droit	/			
Œil gauche	x			
Vision binoculaire	x			

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Nor mal	Anor mal
-----------------	-------------	------	---------	----------

(238) ECG		06/06/2017		<input checked="" type="checkbox"/>
(239) Audiogramme		06/06/2017		<input checked="" type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins				
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G : D: mmHg				

DAKAR SENEGAL



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	X			
Œil gauche	X			
Vision binoculaire	X			

(232) Lunettes (233) Lentilles de contact
Oui Non Oui Non

Type : réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Nombre de tables présentées 10 Type ISHIHARA Nombre d'erreurs 0

(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'examineur
Oui Non Oui Non

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine
Algeon : 95 mg/dl

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	(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"/>
		24.5

(248) commentaires, limitations :
Apté done 3 -> 30-04-2021

(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 07-06-2021
Nom et adresse du médecin agréé
Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassadees
DAKAR SENEGAL

(244) Divers (Sujet ?)

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

Avis : Favorable
Nom : Dr François Charles NDIAYE
Médecin D'Etat
Signature :
Assistance Médicale Sénégal
3 Avenue des Ambassadees
Tel/Fax: 33 20 78 25 71

(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 :

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

Cachet et signature
Dr Patrick CORREA
Médecin Aérospatial
MORICATAK 6381
DGAC N° 3657 - FAA 00773