



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** : NAVIGANT  
**CLASSE** : 2  
**NOM DE L'EMPLOYEUR** : AIR SENE GAL S.A  
**ADRESSE** : .....

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

Nom : <u>SARR</u> Prénom : <u>FATOU</u> Nationalité : <u>SEN</u> Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>12/07/1966</u> à : <u>DAKAR</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>ANS 27-04-21</u> Adresse : <u>RUE SUE CITE TAO</u> <u>VILLA 1085</u> Téléphone : <u>77752670</u> email : <u>ndeye-fatou.sarr@air</u> Profession/activité : <u>PNC SENE GAL SA SN</u> Situation de famille : <u>MARIEE</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 : 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 : 02/04/2020 Lieu : DAKAR Nom du médecin : MAJDI KAOUK  
 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		<input checked="" type="checkbox"/>
2		<input checked="" type="checkbox"/>	15		<input checked="" type="checkbox"/>
3		<input checked="" type="checkbox"/>	16		<input checked="" type="checkbox"/>
4		<input checked="" type="checkbox"/>	17		<input checked="" type="checkbox"/>
5		<input checked="" type="checkbox"/>	18		<input checked="" type="checkbox"/>
6		<input checked="" type="checkbox"/>	19		<input checked="" type="checkbox"/>
7		<input checked="" type="checkbox"/>	20		<input checked="" type="checkbox"/>
8		<input checked="" type="checkbox"/>	21		<input checked="" type="checkbox"/>
9		<input checked="" type="checkbox"/>	22	<input checked="" type="checkbox"/>	
10		<input checked="" type="checkbox"/>	23		
11		<input checked="" type="checkbox"/>	Pour les candidates :		
12		<input checked="" type="checkbox"/>	24		<input checked="" type="checkbox"/>
13		<input checked="" type="checkbox"/>	25		

**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 fausses déclarations 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  
27-04-2021

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 : <b>SARD</b>		Prénoms : <b>FATOU</b>		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): <b>12-05-1966</b>		Lieu de naissance : <b>DAKAR</b>	
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <b>165</b> cm	(203) Poids <b>65</b> kg	(204) Yeux couleur <b>brun</b>	(205) Cheveux couleur <b>Noir</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <b>112</b> Diastolique <b>83</b>		(207) Pouls au repos Pulsations <b>63</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	<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  
*Tobacco = 0 Alcohol = 0 Sport = 0 - Patient in good general health, psychically stable -*

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 <b>0</b>	Protéines <b>0</b>	Sang <b>0</b>	Autres
---------------------	-----------------------	------------------	--------

Œil droit sans correction	Corrigée à <b>10/10</b>		
Œil gauche sans correction	Corrigée à <b>10/10</b>		
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à <b>10/10</b>		
(230) Vision intermédiaire	Sans correction Avec correction		
N14 lu à 100cm	Oui Non	Oui Non	
Œil droit		<b>9/10</b>	
Œil gauche		<b>8/10</b>	
Vision binoculaire		<b>9/10</b>	

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG		<b>27-06-2017</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(239) Audiogramme		<b>27-06-2017</b>	<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				5/10	
Œil gauche				5/10	
Vison binoculaire				5/10	
(232) Lunettes			(233) Lentilles de contact		
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 10	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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <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

Glycémie: 110mg/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"/>	13.4 Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

(248) commentaires, limitations :  
 Peut Conduire apte.

(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  
 27-06-2017

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 : Favorable post de Vignes Correcteurs

Nom : **Charles NDIAYE**  
 Médecin Dakar

Signature : *[Signature]*

Assistance Médicale  
 3 Avenue des Ambassadeurs  
 Tel/Fax: 33 21 26.71 - Senegal

(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	Classe 2	Classe 3
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

