

 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 : Aéronautique
CLASSE : _____
NOM DE L'EMPLOYEUR : AS ENH
ADRESSE : ALSS

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>SAKIB</u> Prénom : <u>Bouba</u> Nationalité : <u>Sénégalaise</u> Né(e) le : <u>18/02/1991</u> à : <u>Jabbar</u> Sexe : ☐ F ☒ M Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS 08/12/2023</u> Adresse : <u>Sicap Liberté Villars 5386/M.</u> Téléphone : <u>86 68 30 49</u> email : <u>bo yba f68a@hotmail.com</u> Profession/activité : <u>Contrôleur Aérien</u> Situation de famille : <u>Marie</u>	Activité(s) pratiques ☐ Avion ☐ Planeur ☐ Hélicoptère ☐ Ballon ☐ 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 : ____/____/____ Lieu : _____

Nom du médecin : 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 »

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

Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
14	Troubles du sommeil	☒	☒
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	☒	☒
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?	☒	☒
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?	☒	☒
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?	☒	☒
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?	☒	☒
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?	☒	☒
21	Consommez-vous de l'alcool ?	☒	☒
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 ?	☒	☒
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 testés en vigueur.

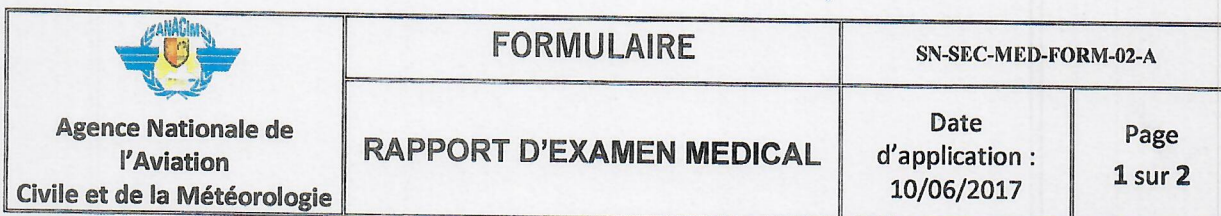
Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

Date et signature du personnel aéronautique

08/12/2023

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

idem



NOM :		Prénoms :		Date de naissance (JJ/MM/AAAA):		Lieu de naissance :	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☒ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 185 cm	(203) Poids 60 kg	(204) Yeux couleur Bleu	(205) Cheveux couleur Brun	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos
					Systolique 137	Diastolique 86	

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

Contrôle au Niveau 82 ans. Année 1950.

$$\begin{array}{r} \text{Tree} = 0 \\ \text{Alec} = 0 \\ \hline \text{III} = 0 \\ \text{parent} = \text{Alex} \end{array}$$

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

Œil droit sans correction		Corrigée à	9	
Œil gauche sans correction		Corrigée à	9	
Vision binoculaire, sans correction		Corrigée à	9	

(230) **Vision intermédiaire**

N14 lu à 100cm	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit			1	
Œil gauche			1	
Vision binoculaire			1	

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
Rapport annexés	Non réali sé	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG		08-07 2023		X
(239) Audiogramme				
(240) Examen Ophtalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins				
(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				
Vision binoculaire				
(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	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées 20	Nombre d'erreurs 0

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(si 239/241 non réalisé)

Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	Oreille droite	Oreille gauche
	Oui ☒ Non ☐	Oui ☒ Non ☐

Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	13,5 (g/dl)
Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☒ Anormal ☐

(248) commentaires, limitations :

e 28 = BBDT RAS.

(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

08-12-2027

Nom et adresse du médecin agréé

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

D : mmHg				
(244) Divers (Sujet ?)	☐		☐	☐

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

Avis :	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 :

Champ d'application du certificat	Classe 1	Classe 2	Classe 3
	☐	☐	☒

Apte classe 3 → 90-06-2021

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

CATEGORIES		
CLASSE 1 ☐	CLASSE 2 ☐	CLASSE 3 ☒

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

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

Certifie que M : **BOUBOU SAKHO**

Né(e) le : **13/02/1971** à DAKAR... Age : **52 ANS**

Demeurant : **SICAP LIBERTE V VILLA N°5386/M**

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.

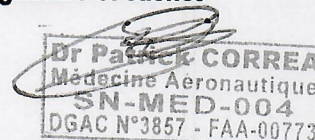
Date de l'examen : **08/12/23**

Limite de validité : **30/06/24** Durée de validité : **...6 MOIS**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

PORT DE VERRES OBLIGATOIRE

Signature et cachet



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.