

 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 : PNC

CLASSE :

NOM DE L'EMPLOYEUR : Air Senegal

ADRESSE : Route des Alonadias

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>CISSE</u> Prénom : <u>NARIEYOU</u> Nationalité : <u>Senegalaise</u> Né(e) le : <u>29/09/1991</u> à : <u>Djeddah</u> Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Lieu et date de l'examen médical : <u>13/09/2025 ANS</u> Adresse : <u>Scat Urban</u> Téléphone : <u>776359923</u> email : <u>Narieyou.Cisse@air-senegal.sn</u> Profession/activité : <u>PNC</u> Situation de famille : <u>Mariée</u>	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 : 03/02/2023 Lieu : Nom du médecin : Dr P. 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 »

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

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

Date et signature du personnel aéronautique

13/09/2025



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 : CISSE Prénoms : MARIETOU Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 29/09/1991 Lieu de naissance : Dzeddah

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 100 cm	(203) Poids 79 kg	(204) Yeux couleur Vert	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique 114	Diastolique 72	Pulsations 80	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, tympans, compli-ance 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
 PNC. An Scuryal SA. 33 ans. Non fumeur. Tabac = 0. Alc = 0. Sport = ±.

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

Œil droit sans correction	10	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	9	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à	

Glucose	Protéines	Sang	Autres
•	•	•	

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG		13-03-2017	✓	
(239) Audiogramme		13-03-2017	✓	
(240) Examen Ophtalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins				
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G :				

(230) Vision intermédiaire	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
N14 lu à 100cm				
Œil droit	✓			
Œil gauche	✓			
Vison binoculaire	✓			



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		1			
Œil gauche		1			
Vison binoculaire		1			
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact			
Oui <input 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 20	Nombre d'erreurs 2

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

Oreille droite	Oreille gauche
Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur

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)		(g/dl)	
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>

Cfe = 171

(248) **commentaires, limitations :**

Apte classe 2 -> 31-03-2027

(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

17-03-2025

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

Dr Patricia BEO
 Médecine Aéronautique
 SN-MED-004
 DGAC N°3857 - FAA-00773

(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"/>

Nom et adresse du médecin agréé

Dr Patricia BEO
 Médecine Aéronautique
 SN-MED-004
 DGAC N°3857 - FAA-00773

Cachet et signature

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

Je soussigné, Docteur : **N - KAOUK**

Titulaire de l'agrément n : **NE 003**

Certifie que M : **MARIETOU CÏSSE**

Né(e) le : **29-09-1991** à **DJEDDAH** Age : **32**

Demeurant : **SCAT URBAN**

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 : **2 Fev. 2023**

Limite de validité : **28 Fev. 2025** Durée de validité : **2-5**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

Correction Optique

Dr. Majdi KAOUK
 Signature de Joseph Gomis
 823 46 79
 DAKAR - SENEGAL

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.

 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 <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 : **MARIETOU CISSE**

Né(e) le : **29/09/1991** à DJEDAH Age : **33 ANS**.....

Demeurant : **..... SCAT URBAM.....**

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 : **13/03/25**

Limite de validité : **31/03/27** Durée de validité : **...2 ANS.....**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence : **.....**

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.