

 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 : *Pilote de ligne*
CLASSE : *A*
NOM DE L'EMPLOYEUR : *ATR SENEGAL SA*
ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <i>DIE NG</i> Prénom : <i>SALIOU</i> Nationalité : <i>SENEGALAISE</i> Né(e) le : <i>06/01/1992</i> à : <i>DAKAR, SENEGAL</i> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Lieu et date de l'examen médical : <i>ANS le 23/06/2023</i> Adresse : <i>Nerung pyrotechnie xVDN lot N°04</i> Téléphone : <i>77 271 19 07</i> email : <i>diengsalio92@yahoo.fr</i> Profession/activité : <i>Pilote de Ligne</i> Situation de famille : <i>Marie avec 1 enfant</i>	Activité(s) pratiques <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 : <i>1576h 30ms</i>
---	--

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? OUI NON
 Si OUI : Date : *21/06/2022* Lieu : *DAKAR* Nom du médecin : *PATRICK 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

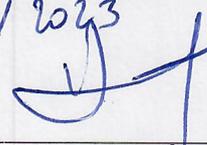
Questionnaires précisions sur les réponses « OUI »

	OUI	NON
1		<i>X</i>
2		<i>X</i>
3		<i>X</i>
4		<i>X</i>
5		<i>X</i>
6		<i>X</i>
7		<i>X</i>
8		<i>X</i>
9		<i>X</i>
10		<i>X</i>
11		<i>X</i>
12		<i>X</i>
13		<i>X</i>

Répondez aux questions suivantes :

	OUI	NON
14		<i>X</i>
15		<i>X</i>
16		<i>X</i>
17		<i>X</i>
18		<i>X</i>
19		<i>X</i>
20		<i>X</i>
21		<i>X</i>
22	<i>2</i>	
23		<i>2</i>
Pour les candidates :		
24		
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 testés 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
13/06/2023


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 : **DIENG** Prénoms : **SALIOU** Date de naissance (JJ/MM/AAAA): **06/01/1992**
Lieu de naissance : **DAKAR, SENEGAL**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 188 cm	(203) Poids 88 kg	(204) Yeux couleur Nbr Nbr	(205) Cheveux couleur Nbr	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique 129	Diastolique 72		
					Pulsations 54	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, tympan, complianc e 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
**DPL A220 (oct 2021), précédent VATR75 (juillet 19) Air Sénégal, 31 ans
maroc, 1er fr, en bonne santé, poids 88kg, Tabac=0 Alcool=0 sport++ Adet=0**

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 0	Protéines 0	Sang 0	Autres
---------------------	-----------------------	------------------	--------

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

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal	Anormal
-----------------	-------------	------	--------	---------

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

(238) ECG	13/06/23
(239) Audiogramme	13-06-23
(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				<input checked="" type="checkbox"/>	
Œil gauche				<input checked="" type="checkbox"/>	
Vison binoculaire				<input checked="" type="checkbox"/>	
(232) Lunettes			(233) Lentilles de contact		
Oui <input checked="" type="checkbox"/>		Non <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 0

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

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

Gly = 97 mg/dl

VEMS/CV %	Peak 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"/>

(248) **commentaires, limitations :**

Apté classe 1 -> 30-06-2024

(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

13-06-2017

Nom et adresse du médecin agréé

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

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 :

Apté avec Correction Optique

Dr Patrick CORREA
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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cachet et signature

Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773

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

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

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

Certifie que M : **SALIOU DIENG**

Né(e) le : **06/01/92** à DAKAR Age : **... 31 ANS**

Demeurant : **... MERMOZ PYROTECHNIE X VDN LOT M 04**

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 : **13/06/23**

Limite de validité : **30/06/24** Durée de validité : **1 AN**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

PORT DE VERRS OBLIGATOIRE

.....

Signature et cachet

Dr Patrick CORREA
 Médecin 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 Evaluator 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.