



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 : PNT

CLASSE : .....

NOM DE L'EMPLOYEUR : Anc en Ciel Airlines

ADRESSE : 4385 Sicap Antie 3, Dakar  
Aéroport USS, Yoff, Dakar

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>TARDIF</u> Prénom : <u>CLEMENT</u> Nationalité : <u>FRANCAISE / SENEGALAISE</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>01/07/1983</u> à : <u>VERSAILLES (FRANCE)</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>Cabinet De CORREA, 19/09/23</u> Adresse : <u>FANN RESIDENCE DAKAR</u> <u>4385 SICAP ANTIE 3, DAKAR</u> Téléphone : <u>774631310</u> email : <u>clement.tardif@gmail.com</u> Profession/activité : <u>Pilote</u> Situation de famille : <u>Célibataire</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) <u>Anc en Ciel Airlines + aéroclub Ila Gueye</u> Aérodrome : <u>GOOY</u> Activités aériennes antérieures : Heures de vol : <u>1035h</u>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ?  OUI  NON

Si OUI : Date : 11/07/23 Lieu : Dakar Nom du médecin : De CORREA

Vous avez été déclaré :  Apte  Inapte  apte temporaire

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 »

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

Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
14	Troubles du sommeil		<input checked="" type="checkbox"/>
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		<input checked="" type="checkbox"/>
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?		<input checked="" type="checkbox"/>
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		<input checked="" type="checkbox"/>
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		<input checked="" type="checkbox"/>
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?		<input checked="" type="checkbox"/>
21	Consommez-vous de l'alcool ?	<input checked="" type="checkbox"/>	
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	<input checked="" type="checkbox"/>	
23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		<input checked="" type="checkbox"/>
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 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

19/09/23

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

 <b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b>	<b>FORMULAIRE</b>		SN-SEC-MED-FORM-02-A	
	<b>RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL</b>		Date d'application : 10/06/2017	Page 1 sur 2

NOM : **TARDIF** Prénoms : **Clément, Michel, Laurent** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **01/07/1983** Lieu de naissance : **Versailles (France)**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <b>186</b> cm	(203) Poids <b>78</b> kg	(204) Yeux couleur <b>Bru</b>	(205) Cheveux couleur <b>Bru</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <b>106</b> Diastolique <b>69</b>	(207) Pouls au repos Pulsations <b>72</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	1		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	1
(209) Cavité bucale, gorge, dents	1		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	
(210) Nez, sinus	1		(220) système génito-urinaire	1
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	1		(221) Système endocrinien, thyroïde	1
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	1		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	1
(213) Yeux - pupilles	1		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	1
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	1		(224) Examen neurologique- réflexes etc	1
(215) Poumons, thorax, seins	1		(225) Psychiatrie	1
(216) Cœur	1		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	1
(217) Système vasculaire	2		(227) Etat général	1

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire.  
*Palpate Epigastrique + insensible. Abn au coel. Herosclerose. P. Clonus. 40 ans. Tabac = 800. Sport = quate*

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

(230) **Vision intermédiaire**

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

Glucose	Protéines	Sang		Autres	
		Non réalisé	Date	Normal	Anormal
0	1				
Rapport annexés					
(238) ECG					
(239) Audiogramme		23-05-2017		1	
(240) Examen Ophtalmologique					
(241) Examen ORL					
(242) Lipides sanguins					
(243) Fonctions respiratoires					
(320) Tonométrie G : D : mmHg					

**EEG : -**



**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		correction		Oui	Non
Œil droit					
Œil gauche					
Vison binoculaire					
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact		Oui	Non
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		
Type :		Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	

(244) Divers (Sujet ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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

Avis :	Nom :
<i>Apte.</i>	
Signature :	
<b>Dr Patrick CORREA</b> Médecine Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773	

(313) Perception des couleurs Normale  Anormale

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées <i>20</i>	Nombre d'erreurs <i>0</i>

(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

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	Hémoglobine (g/dl)
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	<i>15,4</i> (g/dl)
		<i>15,4</i>

(248) commentaires, limitations : *Pour l'avis apte pour lentielle (Sagha) Apte classe 1 -> 30-04-2024.*

(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 <i>eg-09-2023.</i>	Nom et adresse du médecin agréé <b>Dr Patrick CORREA</b> 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	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	<b>FORMULAIRE</b>	<b>SN-SEC-MED-FORM-03-A</b>	
	<b>CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE</b>	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 : **CLEMENT TARDIF**

Né(e) le : 01/07/1983 à France Age : ... 40 ANS.....

Demeurant : ... SICAP AMITIE 3.....

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 : 29/09/23

Limite de validité : 30/04/24 ; Durée de validité : 6 MOIS.....

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

**PORT DE VERRES OBLIGATOIRE**

Signature et cachet

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

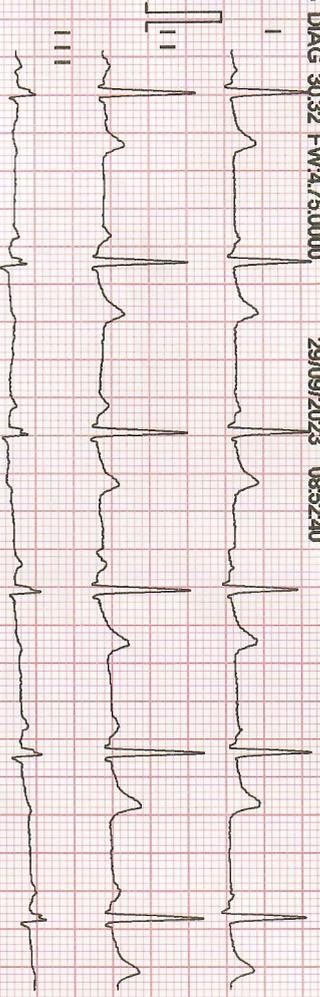
*Un navigant doit cesser d'exercer les privilèges de sa licence et des qualifications et autorisations associées dès qu'il est conscient de toute diminution de son aptitude médicale susceptible de nuire à l'exercice en toute sécurité des dits privilèges.*

*Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passé ce délai le Médecin Evaluateur 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.*

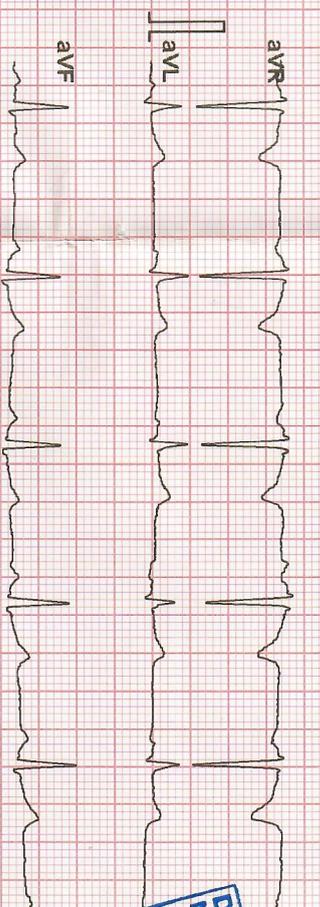
BTL-08 SD3 DIAG 30.32 FW:4.75.0000  
Auf

29/09/2023 08:52:40

25mm/s  
10mm/mV  
50Hz ADS 1,5s



HR = 69

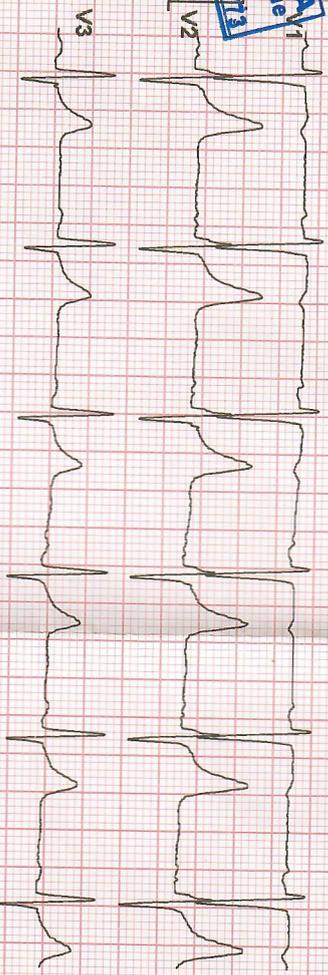


CE 0197

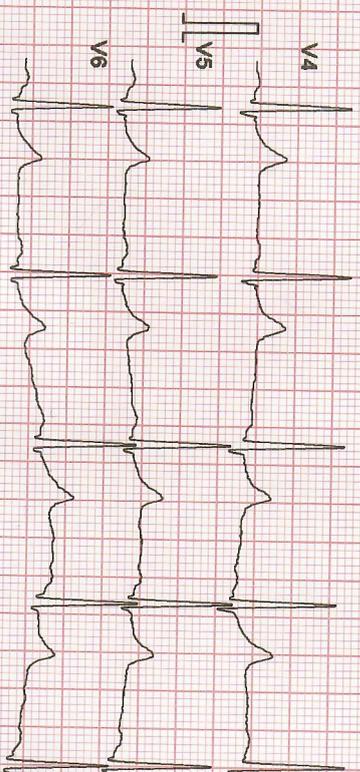
CE 0197

**Dr. Patrick CORREA**  
Médicine Aéronautique  
SN. M.E.D-004  
DACC N°3357 - FAA-0073

HR = 69

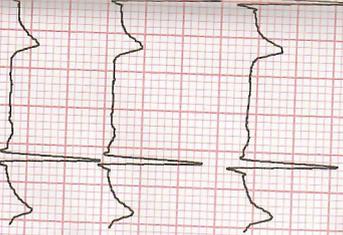


HR = 88



CE 0187

CE 1987



[uV]	P+	P-	Q	R	S	R'	S'	T+	T-	ST
60	124	-85	-110	963	-77	-	-	303	-	8
88	-80	-	-85	1217	-95	-	-	323	-	-6
-83	-	-	-	250	-1078	-	-	48	-9	-26
106	-	-	-83	92	-80	37	-	143	-311	-1
41	-	-	-	748	-1161	-	-	172	-	15
70	-	-	-	487	-721	-	-	46	-31	-14
63	-	-	-	268	-470	-	-	874	-	14
68	-	-	-50	830	-233	-	-	464	-	40
68	-	-	-78	1304	-142	-	-	410	-	3
68	-	-	-97	1250	-116	-	-	332	-	-1
								307	-	-17

[uV/s]	SF	RR	P	QRS	PQ	QT	QTc	axis P	axis QRS	axis T
450	69	872	106	110	136	392	419	64°	36°	27°
471		ms	ms	ms	ms	ms	ms			
37										
-464										
173										
264										
132										
1241										
899										
608										
434										
504										

ECG DANS DES LIMITES NORMALES  
RYTHME SINUSAL

Dumont Tarbif