

|                                                                                                                                                         |                                                             |  |                                    |                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--|------------------------------------|-----------------|
| <br><b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b> | <b>FORMULAIRE</b>                                           |  | <b>SN-SEC-MED-FORM-01-A</b>        |                 |
|                                                                                                                                                         | <b>EXAMEN MEDICAL DU PERSONNEL DE L'AERONAUTIQUE CIVILE</b> |  | Date d'application :<br>10/09/2018 | Page<br>1 sur 1 |

**TYPE DE PERSONNEL :** Contrôleur Aérien  
**CLASSE :** Classe 3  
**NOM DE L'EMPLOYEUR :** ASECNA  
**ADRESSE :** Cité Asecna Yoff

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom : <u>BER</u><br>Prénom : <u>Makhtar</u><br>Nationalité : <u>Senegalaise</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M<br>Né(e) le : <u>07/07/1989</u> à : <u>Ndellé (ST-Louis)</u><br>Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS</u><br>Adresse : <u>Cité Asecna Yoff</u><br>Téléphone : <u>771482939</u> email : <u>makhder13@gmail.com</u><br>Profession/activité : <u>Contrôleur Aérien</u><br>Situation de famille : <u>Marié</u> | <b>Activité(s) pratiques</b><br><input type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur<br><input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Ballon<br><input type="checkbox"/> Autres précisez :<br>Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre)<br>Aérodrome :<br>Activités aériennes antérieures :<br>Heures de vol : |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? ☒ OUI ☐ NON  
 Si OUI : Date : 12/09/2019 Lieu : Nom du médecin : Medecin hopital militaire Ouakam  
 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 |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2 Taux de cholestérol élevé                    |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3 Maladie respiratoire                         |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4 Maladies de l'estomac                        |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5 Maladies du foie                             |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6 Diabète                                      |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7 Maladies rénales                             |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8 Maladies articulaires et du dos              |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9 Maladie thyroïdienne                         |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10 Tumeur ou maladie cancéreuse                |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 11 Œil : choc, maladies, troubles visuels      |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 12 Vertiges, pertes de connaissance            |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 13 Migraines                                   |     | <input checked="" type="checkbox"/> |

| 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"/> |
| 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 ?                     |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 25 Autres                                                                    |     | <input checked="" type="checkbox"/> |

**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 textes en vigueur.

Toutes fausses déclarations 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

16/09/2019

Souh

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

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

|                                                                                                                                                                                                        |                        |                                            |                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOM : DER                                                                                                                                                                                              | Prénoms : Makhtar      | Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 01/01/1989 | Lieu de naissance : N-delle                                                                                                   |
| (201) Catégorie d'examen<br><input type="checkbox"/> Initial<br><input type="checkbox"/> Prorogation<br><input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement<br><input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille<br>185 cm | (203) Poids<br>84 kg                       | (204) Yeux couleur<br>Bleu                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                        |                        |                                            | (205) Cheveux couleur<br>Bleu                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                        |                        |                                            | (206) Tension artérielle (assis)<br>mmHg<br>Systolique 110 Diastolique 70                                                     |
|                                                                                                                                                                                                        |                        |                                            | (207) Pouls au repos<br>Pulsations 52 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, tympan, compliancy 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

Contacter l'avis de l'avis, l'avis de l'avis

Tabac =  
Alc =  
Sport =  
Alt =

**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           | 16                                  | Corrigée à |     |     |
| Œil gauche sans correction          | 14                                  | Corrigée à |     |     |
| Vision binoculaire, sans correction | 10                                  | Corrigée à |     |     |
| (230) Vision intermédiaire          | Sans correction Avec correction     |            |     |     |
| N14 lu à 100cm                      | Oui                                 | Non        | Oui | Non |
| Œil droit                           | <input checked="" type="checkbox"/> |            |     |     |
| Œil gauche                          | <input checked="" type="checkbox"/> |            |     |     |
| Vision binoculaire                  | <input checked="" type="checkbox"/> |            |     |     |

|                               |             |          |                                     |          |  |
|-------------------------------|-------------|----------|-------------------------------------|----------|--|
| Glucose                       | Protéines   | Sang     | Autres                              |          |  |
| 0                             | 0           | 0        |                                     |          |  |
| Rapport annexés               | Non réalisé | Date     | Nor mal                             | Anor mal |  |
| (238) ECG                     |             | 14/06/17 | <input checked="" type="checkbox"/> |          |  |
| (239) Audiogramme             |             | 14/06/17 | <input checked="" type="checkbox"/> |          |  |
| (240) Examen Ophtalmologique  |             |          |                                     |          |  |
| (241) Examen ORL              |             |          |                                     |          |  |
| (242) Lipides sanguins        |             | 14/06/17 | <input checked="" type="checkbox"/> |          |  |
| (243) Fonctions respiratoires |             |          |                                     |          |  |
| (320) Tonométrie G :          |             |          |                                     |          |  |
| D :                           | mmHg        |          |                                     |          |  |



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"/>                       |                 |
| Vision binoculaire                                                   | <input checked="" type="checkbox"/>                       |                 |
| (232) Lunettes                                                       | (233) Lentilles de contact                                |                 |
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |                 |
| Type :<br>réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter                        | Type :                                                    |                 |

(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<br>(si 239/241 non réalisé) | Oreille droite                                            | Oreille gauche                                            |
| Test de voix de conversation perçue à 2m<br>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

|                                                                  |                                                                  |                                                                  |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| VEMS/CV<br>%                                                     | Peack Flow<br>(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"/> |

(248) commentaires, limitations :

Apte classe 3 → 30-09-2025

(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<br>10-03-05-2021 | Nom et adresse du médecin agréé<br>Dr Patrick CORREA<br>3, Av. des Ambassades<br>DAKAR SENEGAL | Cachet et signature<br>Dr Patrick CORREA<br>Médecine Aéronautique<br>MD/004/ANACS/DTA/08<br>DGAC N° 3857 - FAA 00773 |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                        |                          |                          |                          |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (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 :<br><br>Apte | Nom :<br><br>Signature :<br>Dr Patrick CORREA<br>Médecine Aéronautique<br>MD/004/ANACS/DTA/08<br>DGAC N° 3857 |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

(247 bis) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du  
médecin agréé

|                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Apte pour la classe :                                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> INAPTE pour la classe :                                         |
| <input type="checkbox"/> Remis pour une évaluation complémentaire<br>dans l'affirmative, indiquer : |
| Le destinataire :                                                                                   |
| Le motif :                                                                                          |

|                                                                                                                                                                                         |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| Renvoi/Concertation                                                                                                                                                                     |  |  |  |
| Si une décision a été prise antérieurement par<br>l'autorité en inscrire ici les références et le libellé<br>complet et les reporter sur le certificat d'aptitude<br>remis au candidat. |  |  |  |
| Décision n° ..... Du<br>.....                                                                                                                                                           |  |  |  |
| Libellé :                                                                                                                                                                               |  |  |  |

|                                         |                                      |                                      |                                                 |
|-----------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Champ<br>d'application<br>du certificat | Classe 1<br><input type="checkbox"/> | Classe 2<br><input type="checkbox"/> | Classe 3<br><input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------|