



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 : Navigant

CLASSE : 2

NOM DE L'EMPLOYEUR : Air Sénégal SA

ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : DIENG
Prénom : Jeanne Sophie
Nationalité : Sénégalaise Sexe : F M
Né(e) le : 26/05/1992 à : Thiès
Lieu et date de l'examen médical : Dakar
Adresse : Farm Résidences 03 avenue des ambassa-
deurs. 5 N city NDIAKHIRATE villa 5 B2
Téléphone : 78 37 40 11 email : jeanne-sophie.dieng@air.senegal
Profession/activité : Chef de Cabine
Situation de famille : Mariée

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 : 15/05/2020 Lieu : Nom du médecin : DR 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		<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 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

12/05/22 Dieng

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 : Jeanne Sophie		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 20/05/1992		Lieu de naissance : TAGBO	
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 183 cm	(203) Poids 74 kg	(204) Yeux couleur Vert	(205) Cheveux couleur Blanc	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique : 120 Diastolique : 80		(207) Pouls au repos Pulsations : 74 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	x		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	x
(209) Cavité bucale, gorge, dents	x		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	
(210) Nez, sinus	x		(220) système génito-urinaire	
(211) Oreilles, tympans, compli-ance tympanique	x		(221) Système endocrinien, thyroïde	x
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	x		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	x
(213) Yeux - pupilles	x		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	x
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	x		(224) Examen neurologique- réflexes etc	x
(215) Poumons, thorax, seins	x		(225) Psychiatrie	x
(216) Cœur	x		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	x
(217) Système vasculaire	x		(227) Etat général	x

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire

PM.C Air Sénégal SA - **29 ans**
Blanc **Lev. = 0**

Tabac = 0
Spant = 0
Alc = 0
II = 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	
Œil droit sans correction	Corrigée à	10	
Œil gauche sans correction	Corrigée à	10	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	1	
(230) Vision intermédiaire		Sans correction	
		Avec correction	
N14 lu à 100cm		Oui	Non
Œil droit			x
Œil gauche			x
Vision binoculaire			x

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
0	0	0		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal
(238) ECG			10-05-2012	x
(239) Audiogramme			10-05-2012	x
(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						
Vison binoculaire						
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact				
Oui <input checked="" 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 <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/>				
Tables pseudo-isochromatiques		Type ISHIHARA				
Nombre de tables présentées 90		Nombre d'erreurs 0				
(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis (si 239/241 non réalisé)						
		Oreille droite	Oreille gauche			
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 : 21,8 g/dl - 65g/dl				
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"/>				

D : mmHg				
(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 <i>[Signature]</i>



(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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(248) commentaires, limitations : *Parti Caucaso-afrique Apte classe 2 -> 31-05-2024*

(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	Nom et adresse du médecin agréé	Cachet et signature
<i>AE-05-2022</i>	Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	<i>[Signature]</i> Dr Patrick CORREA Médecine Aeronautique MD/004/ANACSI/DTA/08 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 type="checkbox"/>	CLASSE 2 <input checked="" type="checkbox"/>	CLASSE 3 <input type="checkbox"/>

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

Titulaire de l'agrément n : **MD 004 ANACS DT 08**

Certifie que M : **JEANNE SOPHIE DIENG**

Né(e) le : **28/05/92** à THIES... Age : **29 ANS**.....

Demeurant : **SN CITY NDIAKHIRATE**

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 : **12/05/22**

Limite de validité : **31/05/24** Durée de validité : **2 ANS**

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.