

| | | | |
|---|---|-----------------------------|------------------------------------|
|  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 |

TYPE DE PERSONNEL :

CLASSE : 1

NOM DE L'EMPLOYEUR : Air Senegal S.A.

ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

| | |
|--|--|
| Nom : <u>CISSE</u> Prénom : <u>CHEIKH BOUCOONTA</u> Nationalité : <u>Senegalaise</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>14/08/1982</u> à : <u>Dakar Sen</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS 29/3/24</u> Adresse : <u>177 est Almadies</u> Téléphone : <u>77630997</u> email : <u>Temps1400@gmail.com</u> Profession/activité : <u>pilote de ligne</u> Situation de famille : <u>divorcé 2 enfants</u> | 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 : |
|--|--|

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

Si OUI : Date : 12/9/23 Lieu : Nom du médecin : DR 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 »

| 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 | | |
| 4 Maladies de l'estomac | | |
| 5 Maladies du foie | | |
| 6 Diabète | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 7 Maladies rénales | | |
| 8 Maladies articulaires et du dos | | |
| 9 Maladie thyroïdienne | | |
| 10 Tumeur ou maladie cancéreuse | | |
| 11 Œil : choc, maladies, troubles visuels | | |
| 12 Vertiges, pertes de connaissance | | |
| 13 Migraines | | |

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

28-3-2024



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 : **CHEIKH B.** Date de naissance (JJ/MM/AAAA): **14/08/1982**
Lieu de naissance : **Dakar Senegal**

| | | | | | | |
|--|-------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---|--|
| (201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille 188 cm | (203) Poids 109 kg | (204) Yeux couleur Noir | (205) Cheveux couleur Noir | (206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 110 Diastolique 85 | (207) Pouls au repos Pulsations 65 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) | |
| (210) Nez, sinus | <input checked="" type="checkbox"/> | | (220) système génito-urinaire | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (211) Oreilles, tympans, compliance 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.
OPL A320 Aon Senegal SA. 4 ans. Divorcé 1+1. Tabac = 0. Alc = 0. Spontané Nat = 0. Pysum + Contraintes PAS.

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 | 10 | 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 | | | 23-09 | 9. | |
| (239) Audiogramme | | | | | |
| (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 type="checkbox"/> | | Non <input checked="" type="checkbox"/> | | Oui <input type="checkbox"/> | |
| Type : | | Type : | | | |
| réfraction | Sph | Cylindre | Axe | Ajouter | |
| | | | | | |

| | | | | |
|------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 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 : |
| | |
| | Signature : |

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

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

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

APTE pour la classe :

INAPTE pour la classe :

Remis pour une évaluation complémentaire dans l'affirmative, indiquer :

Le destinataire :

Le motif :

(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 | | | | | | |

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 :

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

| | | |
|--|--|---|
| VEMS/CV % | Peack Flow (l/min) | 15 (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"/> |

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

(248) commentaires, limitations :

Apté classe 1 -> 3e-09-2024

(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 *28-03-2024*

Nom et adresse du médecin agréé
Dr Patrick CORREA
 3, Av. des Ambassades
 DAKAR SENEGAL

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 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 : **CHEIKH BOUCOUNTA CISSE.....**

Né(e) le : **14/08/1982** à DAKAR Age : **... 41 ANS.....**

Demeurant : **...177 EST ALMADIES.....**

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 : **28/03/24**

Limite de validité : **30/09/24** Durée de validité : **06 MOIS.....**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

Signature et cachet


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, 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.