

 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 : PILOT
CLASSE : 1
NOM DE L'EMPLOYEUR : AL NADIES
ADRESSE : AL NADIES

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>SECK</u> Prénom : <u>PAPA BADJACK</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Sexe : ☐ F ☒ M Né(e) le : <u>28 / 01 / 1983</u> à : <u>DAKAR</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>31/10/2024</u> Adresse : <u>AL NADIES LOT 38</u> Téléphone : <u>77-63770-92</u> email : <u>babsierra@gmail.com</u> Profession/activité : <u>COMMANDEMENT DE BORD</u> Situation de famille : <u>MARIE AVEC ENFANTS</u>	Activité(s) pratiques ☒ Avion ☐ Planeur ☐ Hélicoptère ☐ Ballon ☐ Autres précisez : Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) Aérodrome : <u>D108J</u> Activités aériennes antérieures : Heures de vol : <u>720</u>
---	--

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? ☒ OUI ☐ NON
 Si OUI : Date : 21 / 06 / 24 Lieu : DAKAR Nom du médecin : COLETA
 Vous avez été déclaré : ☒ Apté ☐ Inapte

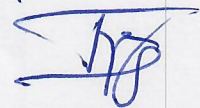
Antécédents familiaux : Avez-vous connaissance de l'existence d'une maladie grave parmi les proche de votre famille (grands-parents, parents, frères et sœurs) ? ☐ OUI ☐ NON

Questionnaires précisions sur les réponses « OUI »			Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :	OUI	NON	14	Troubles du sommeil		☒
1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle		☒	15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		☒
2 Taux de cholestérol élevé		☒	16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?		☒
3 Maladie respiratoire		☒	17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		☒
4 Maladies de l'estomac		☒	18	Etes-vous un consommateur de tabac ?		☒
5 Maladies du foie		☒	19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		☒
6 Diabète		☒	20	Faites-vous usage de drogues illicites ?		☒
7 Maladies rénales		☒	21	Consommez-vous de l'alcool ?		☒
8 Maladies articulaires et du dos		☒	22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles		☒
9 Maladie thyroïdienne		☒	23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		☒
10 Tumeur ou maladie cancéreuse		☒	Pour les candidates :			
11 Œil : choc, maladies, troubles visuels		☒	24	Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?		☒
12 Vertiges, pertes de connaissance		☒	25	Autres <u>ALLERGIES</u>		
13 Migraines		☒				

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

31/10/24



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 : SEU		Prénoms : PAPA BADACAR		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 28/01/1983	
				Lieu de naissance : DAKAR	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☒ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille	(203) Poids	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis)
	185 cm	83 kg -4kg	Non	Noir	mmHg 113 70
					(207) Pouls au repos
					Systolique Diastolique Pulsations Rythme
					66 ☐ irrégulier ☒ 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, tympans, compliance 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 commentaire.

CDB-A320 candidat et A320. L1 an. L'ann. 3 ans. Tabeau. Hcp. = 0. Sport = 0. Act = 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	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		☒		
Œil gauche		☒		
Vision binoculaire		☒		

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
0	0	0		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal Anormal
(238) ECG			31-10-2024	1
(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	1			
Œil gauche	2			
Vision binoculaire	2			
(232) Lunettes	(233) Lentilles de contact			
Oui ☐ Non ☒	Oui ☐ Non ☐			
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

Test de voix de conversation perçue à 2m
le dos tourné vers l'examineur

Oui ☒ Non ☐ Oui ☒ Non ☐

Audiométrie éventuelle

Hz 500 1000 2000 3000 4000 6000

Oreille droite

Oreille gauche

(236) **Fonction respiratoire**

(237) Hémoglobine

VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)	137 (g/dl)
Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☒ Anormal ☐

(248) **commentaires, limitations :**

Apte classe 1 → 30-06-2025

(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

31-10-2024

Nom et adresse du médecin agréé

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature

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

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 :

Apte

Signature :
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

☐

 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 ☒	CLASSE 2 ☐	CLASSE 3 ☐

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

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

Certifie que M : **PAPA BABACAR SECK**

Né(e) le : **28/01/1983** à DAKAR Age : **... 41 ANS**

Demeurant : **...ALMADIES LOT 38**

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 : **31/10/24**

Limite de validité : **30/04/25** Durée de validité : **6 MOIS**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

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.