

 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 : PILOTE

CLASSE :

NOM DE L'EMPLOYEUR : AN SENE GAL

ADRESSE : ALIA DRES LOT 38

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>SECK</u> Prénom : <u>PAPA BABAKAR</u> Nationalité : <u>SENEGAL</u> Sexe : ☐ F ☒ M Né(e) le : <u>28 / 01 / 1983</u> à : <u>DAKAR</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>15/04/2025</u> Adresse : <u>ALIA DRES LOT 38 DAKAR</u> Téléphone : <u>77 - 6947092</u> email : <u>babsierra@gmail.com</u> Profession/activité : <u>PILOTE DE LIGNE</u> Situation de famille : <u>MARIÉ</u>	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 : 31 / 10 / 2024 Lieu : DAKAR Nom du médecin :

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		☒
2 Taux de cholestérol élevé		☒
3 Maladie respiratoire		☒
4 Maladies de l'estomac		☒
5 Maladies du foie		☒
6 Diabète		☒
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		☒
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 <u>ALLERGIES</u>	☒	

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

15/04/2025

[Signature]

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 : <u>SECK</u>		Prénoms : <u>PAPA ISAKAN</u>		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : <u>28/01/1983</u>		Lieu de naissance : <u>DAKAR</u>	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille <u>187</u> cm	(203) Poids <u>87</u> .kg	(204) Yeux couleur <u>Noir</u>	(205) Cheveux couleur <u>Noir</u>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos
					Systolique <u>106</u>	Diastolique <u>65</u>	Pulsations <u>77</u>
							Rythme ☐ 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, tympons, 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 chaque commentaire <u>CDB. A330. A in Scayel SA. 42 ans. Nourri en f.</u>				

Talc = 0
 Hb = 0
 HT = 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	<u>9</u>	Corrigée à		
Œil gauche sans correction	<u>8</u>	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	<u>10</u>	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		
<u>r</u>	<u>o</u>	<u>o</u>			
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG			<u>15-06-2015</u>	☒	
(239) Audiogramme			<u>15-06-2015</u>	☒	
(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				
Vision binoculaire				
(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
Oui ☒	Oui ☒
Non ☐	Non ☐

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

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
----	-----	------	------	------	------	------

Oreille droite						
----------------	--	--	--	--	--	--

Oreille gauche						
----------------	--	--	--	--	--	--

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	11,3 (g/dl)
Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☒ Anormal ☐

(248) commentaires, limitations :

(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 14-04-2025	Nom et adresse du médecin agréé	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 :
	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
	☒	☐	☐

Apté classe 1 → 34-10-2025

 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 : **... 42 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 : **15/04/25**

Limite de validité : **31/10/25** Durée de validité : **6 MOIS**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

Signature et cachet


PATRICK CORREA
 Médecin 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 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.