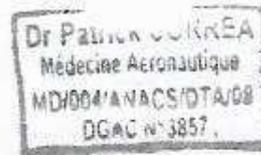


 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	<b>FORMULAIRE</b>		<b>SN-SEC-MED-FORM-03-A</b>	
	<b>CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE</b>		Date d'application : 30/11/2018	Page 1 sur 1

CATEGORIES		
CLASSE 1 <input type="checkbox"/>	CLASSE 2 <input checked="" type="checkbox"/>	CLASSE 3 <input type="checkbox"/>

Je soussigné, Docteur :

Titulaire de l'agrément n :



Certifie que M : **SEYNI GUEYE DIAGNE....**

Né(e) le : 25/01/1992 à ABIDJAN Age : 27 ANS

Demeurant : **ALMADIES CORNICHE LAYENNE**

REPOND (Préciser REPOND ou NE REPOND PAS)

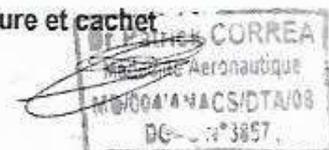
Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des privilèges liés à la Classe spécifiée ci-dessus.

Date de l'examen : 20/05/19

Limite de validité : 31/05/21 Durée de validité : 2 ANS

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.*

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

**TYPE DE PERSONNEL :** ..... *PRIVE* .....  
**CLASSE :** ..... *9* .....  
**NOM DE L'EMPLOYEUR :** ..... *Siba Ceuse* .....  
**ADRESSE :** .....

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

Nom : <i>DIAGNE</i> Prénom : <i>SEYNI OUBEYE</i> Nationalité : ..... Né(e) le : <i>25/10/92</i> Lieu et date de l'examen médical : ..... Adresse : <i>Le Boulevard des Almadies Corniche Layenne</i> Téléphone : <i>77-333 6364</i> email : <i>diagne.seyni@gmail.com</i> Profession/activité : <i>Analyste Financier</i> Situation de famille : <i>Célibataire / 18uelt. / Social = RAS</i>	<b>Activité(s) pratiques</b> <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) <i>Aeroclub</i> Aérodrome : <i>Iba Gueye</i> <i>BITA (ceuse)</i> 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 : .. / .. / ..    Lieu : ..    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 »			Répondez aux questions suivantes		
	OUI	NON		OUI	NON
1			14		<input checked="" type="checkbox"/>
2			15		<input checked="" type="checkbox"/>
3			16		<input checked="" type="checkbox"/>
4			17		<input checked="" type="checkbox"/>
5			18		<input checked="" type="checkbox"/>
6			19		<input checked="" type="checkbox"/>
7			20		<input checked="" type="checkbox"/>
8			21	<input checked="" type="checkbox"/>	
9			22		<input checked="" type="checkbox"/>
10			23		<input checked="" type="checkbox"/>
11			Pour les candidates :		
12			24		
13			25		

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 testes en vigueur.  
 Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entrainerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

Date et signature du personnel aéronautique  
*20/05/19*  


Annotations du médecin-examineur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :  
 (Si OUI pour 23 et 25, préciser)  
*Asthme - du aiff e.    Plaintes = 0*  
*Alcool = acc l.*

Naturel = ⊕. Raum nicht. Augen ⇒ möglich.



Einige dieser sind in der Tabelle zu finden.

Die Tabelle zeigt die Ergebnisse der Berechnungen. Die Spaltenüberschriften sind:  $x_1$ ,  $x_2$ ,  $x_3$ ,  $x_4$ ,  $x_5$ ,  $x_6$ ,  $x_7$ ,  $x_8$ ,  $x_9$ ,  $x_{10}$ . Die Zeilenüberschriften sind:  $x_1$ ,  $x_2$ ,  $x_3$ ,  $x_4$ ,  $x_5$ ,  $x_6$ ,  $x_7$ ,  $x_8$ ,  $x_9$ ,  $x_{10}$ .

$x_1$	$x_2$	$x_3$	$x_4$	$x_5$	$x_6$	$x_7$	$x_8$	$x_9$	$x_{10}$

Die Ergebnisse der Berechnungen sind in der Tabelle dargestellt. Die Spaltenüberschriften sind:  $x_1$ ,  $x_2$ ,  $x_3$ ,  $x_4$ ,  $x_5$ ,  $x_6$ ,  $x_7$ ,  $x_8$ ,  $x_9$ ,  $x_{10}$ . Die Zeilenüberschriften sind:  $x_1$ ,  $x_2$ ,  $x_3$ ,  $x_4$ ,  $x_5$ ,  $x_6$ ,  $x_7$ ,  $x_8$ ,  $x_9$ ,  $x_{10}$ .




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 <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" 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  
Nombre de tables présentées 6 Type ISHIHARA  
Nombre d'erreurs 0

APTE pour la classe :  
 INAPTE pour la classe :  
 Remis pour une évaluation complémentaire dans l'affirmative, indiquer :

(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"/>

Le destinataire :  
Le motif :

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite	10	05	10	10	16	05
Oreille gauche	10	05	10	10	10	05

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 %	Peak Flow (l/min)	16,8 (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"/>

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

(248) commentaires, limitations :  
Oxygène à domicile 1,165/14.

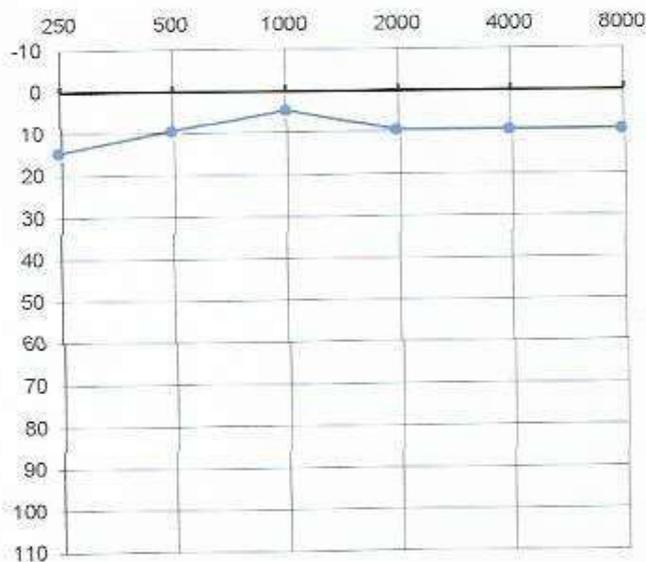
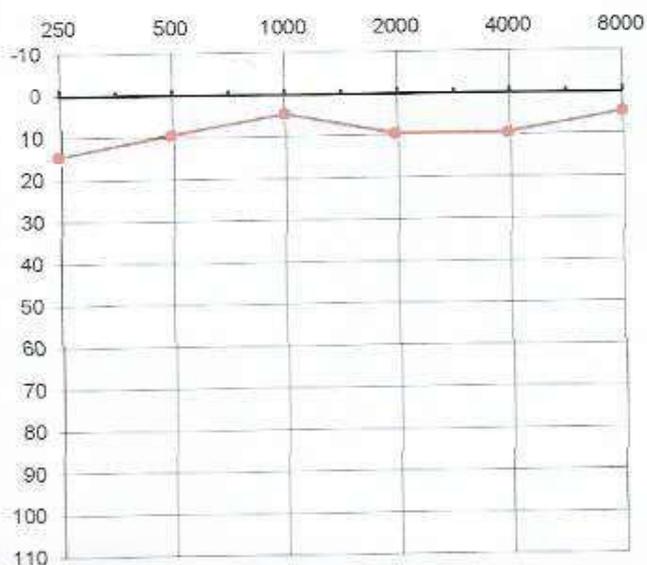
(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé  
Je soussigne certifie que j'ai personnellement examiné le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent mes constatations d'une manière complète.

(250) Lieu et date : Dakar 23-05-18  
Nom et adresse du médecin agréé : Dr CERBEA J. De Ambassadeurs

Cachet et signature :   
MEDICAL AERONAUTIQUE  
MD/004/ANACS/DTA/GS  
DGAC N°3857



**OD - Audiogramme - OG**



Perte moyenne	OD	OG
	9	9

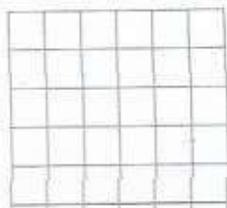
WEBER	250	500	1000	2000	4000	8000
front	0	0	0	0	0	0

RS ipsi	droit
500	0
1000	0
2000	0
4000	0

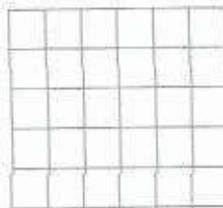
tympano	droite	gauche
VCA en ml	0	0
POM	0	0
CS en ml	0	0
Ampl en da	0	0

RS ipsi	gauche
500	0
1000	0
2000	0
4000	0

TYMPANOMETRIE OD



TYMPANOMETRIE OG



assourdissement CL

**AUDIOGRAMME TONAL:** dans les limites de la normale

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SUNULABO

NINEA 005439492

Ancienne Piste x Route Ouakam

Site Urgences Cardio

Tél : 33 860 55 98 - 77 332 25 26

Laboratoire agréé par l'arrêté 02176 du 18.02.2015  
du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

Dr Karim Houdrouge

PHARMACIEN BIOLOGISTE

Diplômé des Universités de Montpellier  
et de Besançon

Ancien interne des Hôpitaux de Besançon

Dossier : d0520221 Prélèvement du : 20.05.2019

Patient né le 25.01.1992 - 27 ans

Tr: Assistance Médicale AMS

Monsieur **DIAGNE Seyni**

Prescrit par : Dr CORREA Patrick

## HEMATOLOGIE

Valeurs de référence Antériorités

NUMERATION FORMULE SANGUINE (Micros-Pentra60/ABX)

### NUMERATION GLOBULAIRE

Globules rouges	=	5,40 Millions/mm <sup>3</sup>	(4,20-5,70)
Hémoglobine	=	14,8 g/100ml	(14,0-17,0)
Hématocrite	=	44,9 %	(40,0-52,0)
Volume globulaire (V.G.M.)	=	83 μ <sup>3</sup>	(80-95)
Charge (T.G.M.H.)	=	27 pg	(28-32)
Concentration (C.C.M.H.)	=	33 %	(30-35)
Plaquettes	=	237.000 /mm <sup>3</sup>	(150000-450000)
Volume plaquettaire moyen	=	8,1 fl	(6,5-11,0)
Globules blancs	=	4.300 /mm <sup>3</sup>	(4000-10000)

### FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires neutrophiles	=	48,6 % soit 2090 /mm <sup>3</sup>	(2000-7000)
Polynucléaires éosinophiles	=	3,3 % soit 142 /mm <sup>3</sup>	(100-400)
Polynucléaires basophiles	=	0,7 % soit 30 /mm <sup>3</sup>	(0-150)
Lymphocytes	=	41,3 % soit 1776 /mm <sup>3</sup>	(1500-4000)
Monocytes	=	6,1 % soit 262 /mm <sup>3</sup>	(200-800)

## BIOCHIMIE

Cholestérol total	=	1,90 g/l	Valeurs de référence (2,20-2,50)	Antériorités
(Lisa200/Hycel)		4,92 mmol/l		

⊗ Consensus ARCOL (adultes) : souhaitable < 2,20 g/l  
limite 2,20-2,40 g/l  
élevé > 2,40 g/l

Dr K. HOUDROUGE

Plus pratique, plus écologique, vos résultats envoyés directement  
dans votre boîte Mail. Rendez-nous visite sur [www.sunulabo.com](http://www.sunulabo.com)

le 20.05.2019 à 12h19

Page n° 1/3 - PDF -

MILLEURS SENTIMENTS

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SUNULABO

NINJA 005459492

Ancienne Piste x Route Ouakam

Site Urgences Cardio

Tél : 33 860 55 98 - 77 332 25 26

Laboratoire agréé par l'arrêté 02176 du 18.02.2015  
du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

Dr Karim Houdrouge

PHARMACIEN BIOLOGISTE

Diplômé des Universités de Montpellier  
et de Besançon

Ancien interne des Hôpitaux de Besançon

⇒ Suite dossier : d0520221 du 20.05.2019 Mr DIAGNE Seyni né le 25.01.1992 - 27 ans Tr: Assistance Médicale AMS

## BIOCHIMIE

DFG < 15 : Insuffisance rénale chronique terminale

	Valeurs de référence	Antériorités
--	----------------------	--------------

## ENZYMOLOGIE

Gamma-G.T. = 23 UI/l

	Valeurs de référence	Antériorités
(Lisa200/Hycel)	(10-45)	

Dr K.HOUDROUGE

Plus pratique, plus écologique, vos résultats envoyés directement  
dans votre boîte Mail. Rendez-nous visite sur [www.sunulabo.com](http://www.sunulabo.com)

le 20.05.2019 à 12h19

Page n° 3/3 -PDF-

MILLEURS SENTIMENTS